Gilbert Ballet
Anglade, Arnaud, Colin,
Dupré, Dutil, Roubinovitch,
Séglas et Vallon.

Traité de Pathologie Mentale




200926327 7
INST. PSYCH.

R Percy Smith

1904

TRAITÉ

DE

PATHOLOGIE MENTALE

TRAITÉ

DE

PATHOLOGIE MENTALE

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE M.

GILBERT BALLET

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'Hôtel-Dieu,
Président de la Société médico-psychologique et de la Société de psychologie,
Vice-président de la Société d'Histoire de la Médecine.

PAR MM.

D. ANGLADE
Médecin en chef
de l'asile d'aliénées de Bordeaux.

F.-L. ARNAUD
Médecin
de la maison de santé de Vanves.

H. COLIN
Médecin en chef
de l'asile de Villejuif.

E. DUPRÉ
Professeur agrégé
à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin des hôpitaux.

A. DUTIL
Ancien chef de clinique
des maladies du système nerveux
à la Salpêtrière.

J. ROUBINOVITCH
Médecin-adjoint
de
la Salpêtrière.

J. SÉGLAS
Médecin
de l'hospice de Bicêtre.

CH. VALLON
Médecin en chef
de l'asile clinique (Sainte-Anne).

Avec 215 figures dans le texte

ET 6 PLANCHES EN CHROMOLITHOGRAPHIE HORS TEXTE

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1903

INTRODUCTION

Ce livre est un traité de *pathologie mentale :* il vise à présenter, sous la forme didactique et forcément un peu concise qui convient à un traité, les notions principales relatives aux troubles, aux affections, aux maladies de ce que naguère encore on appelait l'*Esprit*.

L'esprit n'est pas une entité ; si la psychologie l'a longtemps tenu pour tel, c'est en vertu d'une illusion qui nous porte à attribuer à certains phénomènes de conscience une indépendance que ne justifie pas leur physiologie ; aujourd'hui il ne peut plus être envisagé que comme une expression synthétique qui désigne l'ensemble des fonctions ressortissant à l'écorce du cerveau. Il est presque oiseux de rappeler qu'on ne saurait pas plus concevoir scientifiquement une perception, une volonté, une mémoire indépendantes du fonctionnement de cette écorce, qu'une sécrétion biliaire indépendante du foie, une circulation indépendante du cœur et des vaisseaux. La *pathologie mentale* est donc étroitement subordonnée à la *pathologie du cortex ;* elle suppose nécessairement une modification organique, innée ou acquise, transitoire ou durable, de l'un ou de plusieurs des éléments constitutifs des couches du manteau. Qu'il s'agisse d'un trouble circulatoire, d'une altération des plasmas qui baignent les éléments anatomiques, d'un vice dans l'assimilation ou la désassimilation, d'une lésion ou d'un défaut de développement des neurones corticaux, on ne saurait concevoir un trouble mental qui ne relèverait pas d'un changement matériel, connu ou inconnu, dans les conditions qui régissent la nutrition et le fonctionnement de ces neurones.

Mais la *pathologie mentale* ne comprend pas *toute* la pathologie du cortex. A la vérité si l'on se place au point de vue de la psychologie pure, il n'est pas de trouble fonctionnel cortical qui ne puisse être tenu,

dans une certaine mesure, pour le trouble d'une des fonctions de « de l'esprit ». Sentir une impression, commander un mouvement, entendre le sens d'un mot, désigner un objet à l'aide du langage articulé ou de l'écriture, ce sont bien là des *opérations* psychiques : par suite une anesthésie ou une paralysie corticales, une aphasie sensorielle ou motrice réalisent sans conteste des *troubles* psychiques. Toutefois l'usage a prévalu de limiter le domaine de la pathologie *mentale* à l'étude des désordres qui intéressent plus spécialement celles des fonctions corticales qu'on réunit, à tort ou à raison, sous le nom de fonctions *intellectuelles :* ainsi lui sont dévolus les troubles de l'association des idées, ceux de la mémoire, de la volonté, auxquels s'ajoutent par surcroît ceux de la perception, des émotions et des sentiments. Cette limitation plus arbitraire que naturelle a dépendu de raisons diverses, dont une principale : la pathologie cérébrale était encore à son aurore quand déjà, au commencement de ce siècle, les nécessités de la thérapeutique et surtout de la protection sociale ont fait isoler dans des asiles spéciaux les malades affectés de ces formes chroniques ou au moins durables de délire qui ont été englobées sous la dénomination vague de *folie* ou *d'aliénation mentale.* Une fois la scission faite, les exigences administratives aidant, elle s'est maintenue : pendant ce temps, d'un autre côté, l'anatomie du cerveau sortait des limbes, la pathologie en devenait moins obscure, et les recherches sur les lésions, les symptômes et la pathogénie du ramollissement, sur les altérations des vaisseaux dans l'hémorragie du cerveau, sur les localisations cérébrales, sur l'aphasie et ses formes multiples jetaient sur elle un lumineux éclat.

Ce serait exagérer de dire que tous ces travaux soient restés pour les *aliénistes* lettre morte, comme ce serait calomnier les *neurologistes* de supposer qu'ils soient demeurés indifférents et étrangers aux progrès que la pathologie faisait faire à l'étude de la paralysie générale, des délires émotifs, des délires systématisés. Toujours est-il que le contact souhaitable entre les uns et les autres n'est pas, au moins en France, aussi intime qu'il devrait l'être. Aussi bien les conditions d'étude, résultant de l'organisation qui sépare en des champs d'observation distincts les « nerveux » et « les mentaux », ne sont guère faites pour l'accuser.

Forcément les livres se ressentent de cette séparation commandée par des nécessités autres que celles d'une classification naturelle. Ceux qui sont consacrés à l'étude des troubles de « l'esprit » s'appellent chez

nous et en Angleterre traités de la *Folie*, ou de l'*Aliénation mentale*, ou des *Maladies mentales*, en Allemagne traités de *Psychiatrie*. Ces titres, les premiers surtout, indiquent la préoccupation qu'en général ont eu les auteurs, de circonscrire leurs descriptions aux affections qui s'observent dans les asiles : ces affections sont les plus importantes sans doute mais ne sont pas les seules dont la pathologie mentale ait à s'occuper. Tous les délires font partie de son domaine, aussi bien le délire passager que peut déterminer un accès de fièvre, ou le délire transitoire qui accompagne l'érysipèle, que le délire prolongé ou durable du vésanique ; il en est de même des troubles de l'émotivité ou de la volonté, qu'il s'agisse des doutes et des phobies de certains neurasthéniques ou de l'aboulie des hystériques. Un livre qui vise, et c'est le cas de celui-ci, à faire leur place, petite ou grande, à tous les troubles mentaux, quelles que soient leur cause, leur gravité et leur durée, ne peut plus être un traité de l'Aliénation mentale ou de la Folie, ni même un traité des *Maladies* mentales ; son titre doit être plus compréhensif ; ainsi s'explique celui que porte cet ouvrage.

Il y a lieu de se demander si la pathologie mentale qui n'est pas, nous venons de le montrer, toute la pathologie du cortex, ne serait pas la pathologie d'*une région spéciale* du cortex : en d'autres termes si les fonctions dont elle étudie les troubles ne seraient pas dévolues à un territoire particulier de l'écorce, distinct de ceux qui sont préposés aux fonctions sensitives, motrices ou du langage. On a longtemps admis que la région antérieure du cerveau serait plus particulièrement l'organe de la pensée, ce qui conduisait naturellement à supposer que les affections mentales relèvent spécialement des troubles ou des lésions de cette région. Meynert, en s'appuyant sur les données fournies par l'anatomie comparée et l'anthropologie, avait admis et défendu cette opinion qu'on ne saurait plus accepter sans de sérieuses restrictions. Flechsig a émis des idées différentes, mais qui tendent comme celles de Meynert, à assigner aux fonctions « intellectuelles » des territoires spéciaux dans l'écorce. On sait que ses recherches ont eu pour point de départ ce fait, que, chez le fœtus, les fibres nerveuses appartenant aux mêmes faisceaux se recouvrent de myéline au même moment, tandis que les fibres appartenant à d'autres systèmes se myélinisent à d'autres époques. En suivant ainsi la myélinisation des fibres, il a été conduit à admettre qu'il y a dans l'écorce deux ordres de centres très distincts par leurs fonctions, les *centres sensoriels* ou sensitivo-moteurs, qui sont en relation

directe avec la périphérie par des fibres de projection, et les *centres d'association* qui n'auraient pas de relations périphériques, pas de fibres de projection et seulement des fibres d'association, les mettant en communication avec les centres sensoriels. Ces centres d'association qui seraient les *centres intellectuels* et les vrais organes de la pensée, seraient au nombre de quatre, compris entre les centres ou groupes de centres sensoriels : le centre *frontal*, le centre *pariétal*, le centre *temporal*, le centre *insulaire*. Les idées de Flechsig, qui se sont d'ailleurs quelque peu modifiées avec le temps, rencontrent actuellement plus de contradicteurs que de partisans : Hitzig notamment, Von Monakow, Déjerine les repoussent. Il ne semble pas qu'on soit aussi près que d'aucuns auraient pu le penser de localiser l'intelligence ; on est même en droit de se demander si elle est bien localisable. Elle est en effet constituée par un ensemble de fonctions très complexe : la perception, la mémoire, l'association des idées et des images souvenirs, la volonté même dans une certaine mesure, relèvent de cette « faculté » ; et on a peine à penser que ces opérations cérébrales, dont quelques-unes sont étroitement connexes aux sensations, s'exécutent dans des territoires tout à fait distincts de ceux qui sont préposés à ces dernières. Il est vraisemblable que la plus grande partie de l'écorce et peut-être toute l'écorce concourt, dans une certaine mesure, à l'exercice de l'intelligence : au moins actuellement on n'est pas en droit de dire qu'il n'en est pas ainsi. Ce qu'on peut du moins affirmer, car la pathologie suffit à le démontrer, c'est que l'intégrité du cortex est la condition de l'intégrité de l'intelligence, et réciproquement que les troubles de l'intelligence ou troubles mentaux supposent une perturbation de l'une ou plusieurs des conditions qui régissent le fonctionnement normal de l'écorce. Cette vérité qui paraît aujourd'hui presque banale, ne s'est pas imposée sans difficultés ni sans luttes ; mais elle constitue à l'heure actuelle le postulatum d'où procèdent toutes les recherches qui tendent à élucider la pathogénie des troubles mentaux.

La découverte des lésions de la paralysie générale a contribué à lui donner une assise solide, et les perfectionnements de la technique histologique, en nous révélant les altérations cellulaires qui paraissent conditionner certains délires d'origine infectieuse ou toxique, ont encore consolidé cette assise. Enfin la relation, mise en évidence de tant de façons par la clinique, des troubles mentaux et des toxémies de diverses origines, a constitué un nouveau point d'appui à la doctrine, la seule

scientifique, qui subordonne les désordres de l'intelligence aux lésions matérielles ou aux troubles de nutrition des cellules de l'écorce.

On conçoit dès lors que la préoccupation dominante, en pathologie mentale, doive être de déterminer la nature des injures subies par ces cellules, injures dont dépendent les diverses affections psychiques.

De symptomatique ou syndromique qu'elle était au commencement du siècle avec Pinel et Esquirol, la psychiatrie a dû tendre, après avoir constitué des espèces morbides plus ou moins légitimes, basées sur le groupement et l'évolution des symptômes ou des syndromes, à expliquer les troubles qui sont de son domaine, par des lésions morphologiques ou histologiques; et bien qu'elle n'y soit parvenue que très incomplètement, et que beaucoup des troubles qu'elle étudie ne semblent conditionnés par aucune altération appréciable à nos moyens actuels d'investigation, ses visées sont vite allées plus loin ; elle a voulu devenir pathogénique : elle a cherché l'explication des lésions quand il y a des lésions, des troubles quand les symptômes ne sont pas rattachables à une altération, et ainsi a été mis en relief le rôle qui revient à l'hérédité, aux infections, aux intoxications dans la genèse des diverses affections mentales. Ces préoccupations étiologiques et pathogéniques, reflet de celles qui, à notre époque, dominent la pathologie tout entière, devaient trouver place dans cet ouvrage, dans la limite du moins où, en leur donnant satisfaction, on ne sacrifie pas au dangereux mirage des hypothèses les plus modestes mais plus solides réalités de la clinique. Tel a été l'objectif qui nous a guidé dans le classement des matières qui ressortissent au vaste domaine que nous avions à parcourir.

Un traité quel qu'il soit suppose en effet la mise en ordre, disons le mot, la classification des affections qui y sont étudiées. Moins que tout autre un traité de pathologie mentale ne saurait se soustraire à cette exigence, qui s'est imposée dès l'abord et de tout temps, aux préoccupations des auteurs. Les classifications des « maladies mentales » qu'on a tour à tour proposées, sont innombrables et toutes sont défectueuses à certains égards. C'est qu'en effet une bonne classification suppose la connaissance complète des affections qu'il s'agit de grouper, tant au point de vue de leurs causes, de leurs lésions et de leurs physiologie pathologique que de leurs symptômes : une science imparfaite n'est susceptible que de classifications imparfaites et c'est le cas de la pathologie mentale ; les éléments qui la constituent n'ont pas tous la

même importance ni la même signification : certains d'entre eux comme la manie, la confusion mentale sont de simples *syndromes* à étiologie variable, pouvant par conséquent faire partie de la symptomatologie de *maladies* mentales diverses ; aussi n'est-il pas légitime de les faire figurer dans une classification au même rang et sur le même plan que les affections qui constituent des individualités nosologiques parfaitement définies, comme la folie intermittente par exemple, ou la paralysie générale progressive.

L'insuffisance de nos connaissances et les difficultés qui en résultent pour classer les matières constitutives de la pathologie « de l'esprit », ont conduit les auteurs à adopter des groupements dont les défectuosités tiennent à des causes diverses. Les uns (Pinel, Esquirol, Guislain et dans une certaine mesure, Griesinger, Baillarger, Marcé) ont borné leurs regards à la physionomie extérieure des syndromes et ont groupé plus ou moins artificiellement ces derniers, sans se préoccuper suffisamment des causes et de l'évolution des divers troubles : leurs classifications sont trop exclusivement symptomatiques ou plutôt syndromiques. D'autres, et ce sont surtout les auteurs plus modernes (Morel, Magnan), se sont au contraire efforcés de tenir compte dans la constitution des types et des groupes nosologiques qu'ils ont admis, de l'étiologie et de la marche des affections mentales, mais ils ont dû, dans ce but, faire appel à des vues par trop personnelles sur les causes ou l'évolution de certaines de ces affections ; il en est résulté que les groupements qu'ils ont proposés ont apparu comme par trop systématiques et n'ont pas été généralement admis. Une classification, même défectueuse, peut avoir son utilité en devançant en quelque sorte le mouvement de la science, comme celle de Morel, ou en provoquant des controverses fécondes qui aident à mettre les choses au point ; ç'a été le mérite de celle de Magnan. Il en est d'autres où l'hypothèse tient une place trop exclusive pour que les spéculations dont elles sont l'expression, aient une utilité réelle : telles ont été les classifications dites psychologiques (Hammond) ou anatomiques (Luys). Elles méritent à peine qu'on les signale, malgré les noms des auteurs sous lesquels elles s'abritent.

Il serait parfaitement superflu de rappeler ici toutes ces tentatives et d'en discuter la valeur.

L'imperfection des classifications n'est d'ailleurs pas spéciale à la pathologie mentale : il suffit d'ouvrir un traité de pathologie interne quel qu'il soit, ancien, moderne ou contemporain, pour constater com-

bien de tout temps et encore aujourd'hui le groupement des matières y a été et y est hétérogène. Dans les ouvrages qui ne remontent à guère plus de trente ans, ne voit-on pas figurer côte à côte près de la classe où sont rangées les fièvres, c'est-à-dire des maladies ayant une individualité bien définie, celles où figurent de simples syndromes comme l'anasarque, l'ascite, la leucorrhée ? et dans les plus récents ne trouve-t-on pas, mis presque sur le même plan, des chapitres consacrés par exemple à la fièvre typhoïde maladie générale, à l'entérite lésion locale, à la gastralgie qui n'est qu'un symptôme ? Il ne faut donc pas être surpris qu'on n'ait pu éviter en pathologie mentale les illogismes qui s'imposent encore comme une nécessité à l'ensemble de la pathologie.

Les classifications se modifient et se perfectionnent à mesure que la science progresse : si celles qui sont adoptées dans les traités récents de psychiatrie ne sont pas exemptes de défauts, on n'a pas de peine cependant à reconnaître qu'elles marquent un progrès sensible sur celles du commencement du siècle : tout imparfaite qu'ait été la classification de Morel par exemple, elle est sans conteste très supérieure à celles de Pinel et d'Esquirol.

Dans l'impossibilité où l'on est aujourd'hui d'en instituer une qui puisse légitimement prétendre à être une classification vraiment naturelle, il faut se contenter d'exiger de celle qu'on adopte qu'elle remplisse certaines conditions : elle doit viser non à nous donner en un tableau d'ensemble la synthèse impossible d'une science imparfaite, mais à grouper les états morbides de façon que chacun soit exactement maintenu au rang que la clinique lui assigne, et qu'on évite de confondre et de placer sur le même plan symptômes, syndromes et espèces morbides. En ce qui concerne ces dernières, il importe de prendre garde de demander aux faits plus qu'ils ne nous apprennent et de substituer à l'observation rigoureuse de simples vues de l'esprit : on s'exposerait fatalement de la sorte à créer des entités artificielles. L'écueil n'a pas toujours été évité. Dans ce livre on a cherché à se tenir aussi éloigné que possible de l'esprit de système, et à faire abstraction des opinions et des tendances d'école, pour ne suivre que l'enseignement des faits ; la tâche est malaisée, il faut le reconnaître, car en pathologie mentale moins qu'en toute autre, on évite aisément le danger de ne voir ces faits qu'au travers de son interprétation personnelle, et par suite de les conformer à ce qu'exige cette interprétation. Ici on a fait des efforts pour éviter cette faute.

La classification que nous avons adoptée n'a d'autre prétention que d'être une sorte de table des matières où nous avons cherché à ordonner ces dernières d'après leurs analogies de nature ou leurs affinités étiologiques. Au livre I, après un court aperçu sur l'histoire et l'évolution de la pathologie mentale, on a passé en revue les causes qui sont susceptibles d'amener des troubles psychiques et la participation qui revient à chacune d'elles dans la genèse de ces troubles. On a ensuite tracé la description et indiqué la valeur et la signification clinique des *symptômes* divers dont l'ensemble constitue la séméiologie mentale. Le livre II est consacré à l'étude des *syndromes* (manie, mélancolie,) qui bien qu'ayant une physionomie assez spéciale ne paraissent pas relever d'une étiologie univoque et ne sont pas à proprement parler des maladies mentales : de même qu'une endocardite peut dépendre de causes variées, les unes plus fréquentes à la vérité, les autres plus rares, et à ce titre constitue une *affection* non une *maladie* du cœur, de même les syndromes dont nous venons de parler (et il convient de leur associer la confusion mentale et le délire aigu qui sont décrits avec les infections et les intoxications corticales) sont susceptibles de se développer sous l'influence de circonstances variées : la confusion mentale par exemple, qui est habituellement d'origine toxi-infectieuse, n'apparaît pas toujours à la suite de la même intoxication ou de la même infection ; c'est un syndrome commun à plusieurs de ces dernières. Il en est probablement de même du délire aigu : en tout cas l'étiologie de cette affection n'est pas assez bien établie pour qu'on puisse la considérer autrement que comme une expression clinique et en faire une entité nosologique. La mélancolie, à la condition qu'on en détache divers états mélancoliques symptomatiques, aurait plutôt le droit de prétendre à ce titre, et on pourrait, à l'exemple de quelques auteurs, la considérer comme une psycho-névrose autonome : ce serait toutefois préjuger sa nature et l'on a trouvé plus rationnel de la laisser, en attendant qu'elle s'en isole plus nettement, dans le groupe des syndromes.

Au livre III sont passées en revue les affections qui relèvent des *infections* et des *intoxications ;* il était logique de les décrire en premier lieu car leur étiologie est précise, leur pathogénie en général facile à déterminer, leur symptomatologie le plus souvent très caractéristique. Leur histoire présente moins de lacunes et laisse moins de place aux hypothèses que celle de la plupart des autres affections psychiques. A la vérité les troubles mentaux d'origine toxi-infectieuse, qu'on étudie

tout d'abord, présentent entre eux une grande similitude quelle que soit l'infection qui les détermine : la cause spéciale n'influe que médiocrement sur la forme de la symptomatologie ; de là la nécessité de les décrire dans un chapitre d'ensemble, car l'on ne saurait sans s'exposer à de fastidieuses répétitions, consacrer des descriptions particulières aux symptômes mentaux de chaque variété d'infection. Toutefois ces symptômes n'ont pas toujours la même physionomie et il y a lieu, abstraction faite des microbes qui les déterminent, d'envisager plusieurs espèces de délire : le délire fébrile, le délire septicémique, le délire du collapsus diffèrent les uns des autres, à quelques égards, tant par leur pathogénie que par les détails de leur symptomatologie.

Après les infections cérébrales, viennent les intoxications proprement dites. Parmi elles il en est d'accidentelles et de transitoires, ce sont les ivresses ; d'autres sont au contraire la résultante de l'usage habituel et longtemps prolongé de boissons, de médicaments ou d'aliments toxiques : l'alcoolisme, le morphinisme, le cocaïnisme, la pellagre sont les principales. Enfin il en est qui tiennent à l'empoisonnement de l'économie par des substances qu'elle fabrique elle-même, soit que ces substances soient produites en trop grande abondance, soit que l'organisme les détruise ou les élimine insuffisamment par suite d'une lésion des viscères qui servent à la destruction ou à l'élimination. Parmi ces intoxications d'origine endogène figurent celles qu'on observe au cours du diabète, dans l'insuffisance hépatique, dans l'insuffisance thyroïdienne.

Les troubles mentaux dus aux toxémies accompagnent quelquefois une lésion qui n'est pas rare au cours de ces dernières, la polynévrite. Ils revêtent alors une physionomie un peu particulière sur laquelle Korsakow et depuis beaucoup d'autres auteurs ont appelé l'attention. La *psychose polynévritique*, tant à cause de sa symptomatologie, dans quelques cas très caractéristiques, que de sa pathogénie eût mérité une place spéciale à la suite des troubles d'origine toxi-infectieuse. Mais comme, dans la plupart des cas, elle se rattache à des lésions corticales, on a cru devoir en rejeter l'étude à la partie de cet ouvrage où sont étudiés les troubles mentaux dus à des lésions organiques.

Le livre IV est consacré aux *psychoses constitutionnelles*. Nous désignons ainsi les affections mentales, de physionomie, d'évolution, de gravité très diverses, qui sont indépendantes de l'action d'éléments nocifs étrangers à l'organisme et qui tiennent à un vice originel ou au déve-

loppement défectueux du cerveau. Ce groupe renferme les troubles et les espèces morbides qui constituent plus particulièrement le domaine de l'aliénation mentale : les anomalies congénitales de l'intelligence et du caractère, les délires systématisés, les folies intermittentes ou périodiques. Les éléments qui le constituent ont été très diversement envisagés et très différemment classés par les auteurs, et c'est à leur propos que se sont manifestées surtout les divergences d'opinion et de doctrine. La dégénérescence mentale a eu la prétention de les englober pour la plupart dans son cadre à contours un peu vagues et voilà qu'en Allemagne on semble tendre aujourd'hui à en faire entrer un très grand nombre dans le groupe démésurément élargi des hébéphrénies et des démences précoces. Il est difficile d'envisager la psychose constitutionnelle autrement qu'à la lumière d'une doctrine ; mais ici (comme ailleurs) la meilleure doctrine n'est pas celle qui paraît la plus simple, mais celle qui fait la moins large place aux vues de l'esprit en serrant de près les faits cliniques. On rendra cette justice à l'auteur de l'article, qu'il a préféré (et nous l'en louons) le terre à terre d'une classification aussi rigoureusement clinique que possible au séduisant mais trompeur mirage des systématisations plus ou moins arbitraires.

On a coutume de rapprocher les unes des autres sous le nom de *névroses* des affections qui nosologiquement sont disparates. L'hystérie, la chorée, la maladie de Parkinson ou l'épilepsie n'ont guère entre elles d'autre trait commun de ressemblance que de ne pouvoir s'expliquer par des lésions constatables à l'autopsie, et encore ce caractère est-il inconstant, au moins en ce qui concerne la dernière affection. Toutefois l'ignorance où nous sommes de la nature de ces maladies, légitime, dans une certaine mesure, l'habitude qu'on a prise de les juxtaposer dans les descriptions. Faute de pouvoir mieux faire, nous avons cru devoir conserver ce groupe évidemment provisoire et certainement artificiel, et nous avons réuni, au livre V, l'étude des troubles mentaux qu'on est susceptible d'observer dans chacun des types morbides qui le constituent.

Les *affections organiques* du système nerveux, hémorragies, ramollissement, encéphalite diffuse, scléroses cérébro-spinales ont entre elles des rapports étroits, en ce sens qu'elles sont toutes nettement caractérisées, sinon par leurs causes, du moins par leurs lésions et leurs symptômes. Il était logique de rapprocher les unes des autres les descriptions des troubles mentaux dont chacune d'elles est susceptible de

s'accompagner. On conçoit que dans un traité portant le titre de celui-ci, la description complète de ces diverses lésions et de tous les signes somatiques ou autres par lesquels elles se traduisent, eût été déplacée. On ne trouvera donc dans ce livre, comme on pouvait s'y attendre, que les renseignements relatifs à la symptomatologie mentale de ces affections organiques de l'encéphale. Toutefois exception sera faite pour la paralysie générale : dans cette dernière en effet les troubles psychiques ont une importance telle qu'on a pris l'habitude de considérer l'encéphalite diffuse comme ressortissant au domaine de l'aliéniste. Aussi ne sera-t-on pas surpris qu'on n'ait pas cru pouvoir se dispenser de la décrire aux divers points de vue de ses causes, de ses symptômes, de ses lésions.

L'*idiotie* est un vieux et mauvais mot qui sert à désigner les défectuosités intellectuelles profondes provoquées dès le jeune âge par des lésions cérébrales congénitales ou contemporaines de la première enfance. Le jour n'est peut-être pas éloigné où cette appellation disparaîtra et où l'on substituera à la dénomination symptomatique, sommaire et vague, qu'elle est, des désignations anatomo-pathologiques plus précises : on dira méningo-encéphalite, sclérose tubéreuse, porencéphalie comme on dit chez l'adulte, hémorragie, ramollissement ou tumeur. Quoi qu'il en soit il était logique de placer l'étude de l'idiotie, c'est-à-dire des lésions cérébrales congénitales ou de l'enfance, immédiatement après celle des lésions cérébrales de l'âge mûr et de la vieillesse.

Mais toutes les idioties ne sont pas dues à des lésions, au moins macroscopiques, du cerveau. Il en est qui ont une étiologie très spéciale : elles dépendent d'un défaut de développement de l'encéphale, qui résulte lui-même de l'insuffisance de la fonction thyroïdienne. Logiquement et à n'envisager que leur pathogénie l'*idiotie myxœdémateuse* et le *crétinisme* eussent dû trouver place au chapitre des troubles mentaux par auto-intoxication; nous avons pensé toutefois qu'à cause de leur physionomie clinique, il était plus rationnel ou du moins plus pratique de les décrire à la suite des autres formes de l'idiotie.

On ne sera pas surpris de ne pas trouver dans ce traité de chapitres spéciaux consacrés à certaines variétés de folie qui sont décrites comme autant d'espèces morbides distinctes, dans beaucoup d'ouvrages de pathologie mentale, anciens ou modernes : c'est ainsi qu'on chercherait vainement dans ce livre une description de la folie puerpérale,

par exemple, des prétendues folies diathésiques, ou de celles qu'on a considérées comme dépendant d'affections viscérales diverses, et qu'on a quelquefois dénommées folies sympathiques. C'est qu'en réalité sous chacune de ces appellations diverses on a réuni des troubles mentaux fort disparates n'ayant guère de commun entre eux que la cause spéciale (puerpéralité, puberté) qui les provoque : c'est ainsi que la folie dite puerpérale, loin d'être une entité nosographique, est constituée tantôt par des délires infectieux, tantôt par des délires d'origine auto-toxique (hépatique ou rénale), tantôt par des crises mélancoliques ou maniaques dont la pathogénie échappe, tantôt par des psychoses constitutionnelles dont l'état puerpéral donne seulement le signal et favorise l'éclosion. On pourrait dire de même de la plupart des autres folies symptomatiques ou sympathiques; si bien que décrire ces dernières ce serait en même temps que perpétuer des errements nosographiques que nous estimons regrettables, se contraindre à des redites inutiles. Il suffira en effet de se reporter au chapitre consacré à l'étiologie pour y rencontrer l'indication des formes variées de troubles mentaux qui peuvent s'associer aux diverses situations physiologiques ou pathologiques on trouvera d'ailleurs la description de ces formes aux endroits de cet ouvrage consacrés aux syndromes, aux troubles mentaux d'origine infectieuse ou toxique, aux diverses psychoses constitutionnelles ou aux névroses. S'il est un écueil en pathologie mentale, c'est de multiplier plus qu'il ne convient les types et les espèces morbides, en s'autorisant de relations étiologiques accidentelles ou incomplètement analysées, pour ériger des entités morbides artificielles : cet écueil, nous nous sommes efforcé de l'éviter.

Dans un certain nombre d'ouvrages consacrés à la pathologie mentale et parus à l'étranger (Bewan-Levis, Kirchhoff, Bianchi [1]) on a cru devoir faire précéder les descriptions cliniques d'études plus ou moins complètes de l'anatomie macroscopique et microscopique et de la physiologie du cerveau. Nous n'avons pas cru devoir imiter cet exemple. Il nous a semblé que ces études constituaient un hors-d'œuvre dans un livre qui a la clinique pour objet, d'autant plus que les notions que nous possédons sur l'histologie et la physiologie de l'écorce du cerveau ne sont pas directement applicables à sa pathologie. On s'est borné, particulièrement au livre où sont décrites les psychopathies par

[1] L.-L. Bianchi. *Trattato di Psichiatria ad uso dei medici e degli studenti.* Fasc. I. II. Naples 1901 et 1902.

lésions organiques, à rappeler chemin faisant, certains détails indispensables de la structure et des fonctions de la substance grise, renvoyant pour le reste aux traités d'anatomie et de physiologie où les descriptions que nous avons négligées sont mieux à leur place.

Bien qu'on se soit efforcé d'indiquer à la suite de la description de chaque affection mentale, les indications thérapeutiques qui s'y rapportent, il a paru nécessaire de grouper dans un même livre, livre IX, les procédés de traitement, et les diverses médications qui sont d'usage en pathologie mentale. Il était nécessaire dans un livre que les auteurs ont voulu pratique, que le lecteur trouve réunis et condensés les renseignements dont il peut à cet égard avoir besoin.

C'est le même motif qui nous a porté à traiter avec quelques développements, au livre X, les questions d'ordre administratif et judiciaire que la clinique des affections psychiques soulève si fréquemment.

Ce traité de pathologie mentale est l'œuvre de collaborateurs qui ont conservé leur indépendance et la liberté de leurs opinions dans la rédaction des articles dont ils ont accepté la charge : chacun d'eux porte donc la responsabilité des chapitres qu'il a signés. Mais les vues générales qui ont présidé à la conception et à l'ordonnance de l'ouvrage sont communes à tout ceux qui y ont participé. Le temps n'est plus où l'on ait à faire effort pour dégager la pathologie de l'esprit de toute compromission fâcheuse avec la métaphysique, et sur ce point les auteurs du livre n'avaient pas besoin d'entente préalable : d'autre part, convaincus que la solidarité des organes ne permet pas plus d'envisager isolément les affections de chacun d'eux que ses fonctions physiologiques, ils étaient d'accord pour proclamer la nécessité de rattacher par des liens de plus en plus étroits la pathologie mentale à celle du système nerveux et des autres viscères ; les méthodes qui conviennent aux unes sont aussi celles qui conviennent à l'autre : l'observation toute empirique des symptômes, leur groupement logique, le rapprochement de ces symptômes des lésions macroscopiques ou microscopiques ou des altérations des humeurs qui les accompagnent et les conditionnent, l'étude de ces dernières par les procédés d'examen histologique, par l'analyse chimique ou l'expérimentation, ne sont-ce pas des moyens de recherche que la psychiatrie revendique comme les revendique la pathologie de la moelle, celle du foie ou celle du rein ? Sans doute l'analyse symptomatique, la détermination

des relations qui subordonnent les uns aux autres les divers troubles fonctionnels est particulièrement délicate ; elle suppose de la part de l'observateur des habitudes d'esprit et une culture assez particulières : ainsi s'explique la légitimité, on pourrait dire la nécessité de la spécialisation. Mais la spécialisation n'est pas l'isolement et il n'est pas certain que le plus sûr moyen d'apprendre à mieux voir que d'autres certaines choses soit de concentrer trop exclusivement son esprit sur elles.

A la période de rénovation où en est la médecine, la pathologie mentale ne pouvait pas ne pas subir le contre-coup des découvertes qui ont révolutionné l'anatomie pathologique d'abord, la pathogénie ensuite : il n'est peut-être pas, après la pathologie médullaire, de domaine qui ait été plus remanié et où les découvertes se soient succédé plus nombreuses dans le siècle d'où nous sortons. L'ignorance où nous sommes encore de bien des choses a fait injustement méconnaître les immenses progrès réalisés et qui s'annoncent comme le prélude d'une véritable évolution. Aussi ne saurait-on ni espérer, ni souhaiter longue durée à un traité comme celui-ci : son ambition est de résumer sans trop d'insuffisance l'état actuel de la pathologie mentale. Notre vœu, si ses auteurs ont su lui communiquer des éléments de vie, est que cette vie soit courte et qu'il ait prochainement besoin de rajeunissement.

GILBERT BALLET.

1er Juin 1903.

TRAITÉ
DE
PATHOLOGIE MENTALE

LIVRE PREMIER

HISTORIQUE, ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE, DIAGNOSTIC ET SÉMÉIOLOGIE DES AFFECTIONS MENTALES

CHAPITRE PREMIER

APERÇU SUR L'HISTORIQUE ET L'ÉVOLUTION DE LA PATHOLOGIE MENTALE

Par GILBERT BALLET

Quand on parcourt d'un coup d'œil d'ensemble l'histoire de la pathologie mentale, depuis ses lointaines origines jusqu'à nous, on s'aperçoit vite qu'il n'en est pas qui mette mieux en évidence l'éternel conflit des tendances entre lesquelles se débat l'esprit humain, dans toutes les branches de son activité. Au début, l'intelligence est plus préoccupée d'expliquer les faits que de les observer : imbue, à la naissance de toutes les civilisations ou, dans les civilisations avancées, chez ceux dont l'évolution mentale est retardataire, d'idées métaphysiques ou théurgiques, elle cherche à ces faits qu'elle connaît mal des interprétations surnaturelles. Plus tard, quand elle a commencé à se discipliner au contact de la réalité objective, elle fait appel à des explications moins simplement naïves ; mais ce n'est qu'à une phase beaucoup plus tardive que le souci de l'observation et des descriptions exactes arrive à dominer et à reléguer à l'arrière-plan le besoin d'explications et de théories.

Raconter l'évolution de la pathologie mentale à travers les civilisations qui se sont succédées, c'est montrer comment petit à petit à la conception religieuse et plus tard philosophique de « la folie » se sont substituées les notions positives qui constituent aujourd'hui le domaine de la psychiatrie.

Dans l'ANTIQUE ÉGYPTE les aliénés étaient considérés comme possédés par des esprits. On les purifiait dans les temples dédiés aux dieux. Une inscription du treizième siècle avant Jésus-Christ, nous apprend qu'une princesse asiatique fut guérie de sa possession par l'intercession du Dieu Khons.

Les Hébreux expliquèrent de même la folie par l'influence du doigt de Dieu : c'est en punition de ses fautes que fut changé en bête Nabuchodonosor roi de Babylone, dont on connaît l'accès de lycantropie ; et si Saül eut une crise de manie c'est que l'esprit de Jéhovah s'étant retiré de lui, il tomba au pouvoir d'un esprit méchant.

En Grèce régnèrent longtemps des idées analogues ; les légendes accréditées par les poètes en font foi : on se rappelle celle des filles de Prétus, roi d'Argos, dont Junon qu'elles avaient insultée, se vengea en les frappant d'une horrible maladie : leur corps se couvrit de lèpre, elles s'imaginèrent être transformées en vaches et poussaient des mugissements. On n'ignore pas la place que tinrent dans les explications pathogéniques des Grecs, les furies et les euménides et le rôle médical important que jouèrent chez eux pendant longtemps les prêtres du temple d'Esculape.

Chez les Romains jusque vers le IIIe siècle avant J.-C., c'est-à-dire jusqu'à l'arrivée des médecins grecs, la pratique médicale réduite au plus grossier des empirismes marcha de pair avec les superstitions religieuses les plus outrées. Les épidémies de peste qui ravagèrent Rome à maintes époques, sous les rois et sous la république, apparurent comme des fléaux envoyés par le Ciel, et contre elles on eut recours surtout à l'intercession des dieux. Les duumvirs et les décemvirs consultaient les livres sybillins, les édiles instituaient des cérémonies purificatrices, les prêtres et les augures multipliaient les prières publiques, le peuple et les *Epulones* entassaient, devant les statues des dieux, les offrandes et les mets appétissants. Il ne faut pas s'étonner qu'un peuple en de pareilles dispositions d'esprit, ait continué, comme l'avaient fait les Grecs, à considérer l'épilepsie comme une maladie sacrée (*morbus sacer*), que la trépanation faite pour y remédier ait par cela même revêtu un certain caractère religieux, et que les trépanés aient été l'objet d'une sorte de culte comme s'ils eussent été des êtres supérieurs, aimés du ciel [1].

Si vers le commencement de l'ère chrétienne, au temps des premiers empereurs et dans les années qui suivirent, la croyance à l'origine surnaturelle des maladies perdit petit à petit de son prestige, au moins dans les classes éclairées, une réaction en sa faveur, et quelle réaction ! ne tarda pas à se produire sous l'influence de la torpeur du moyen âge. On sait le rôle que jouèrent alors la torture, les exorcismes, le bûcher dans la thérapeutique des hallucinations et du délire. On vit des médecins comme Bodin, Boquet, Fernel, expliquer la démonomanie par la lutte d'une puissance infernale contre l'esprit du bien.

La Renaissance n'a pas mis fin à ces idées erronées. On les retrouve au XVIe, au XVIIe et même au XVIIIe siècle. Calmeil [2] a tracé la vivante histoire des démonopathes, des théomanes, des hystériques dont le cas a eu quelque retentissement à ces époques, et il a montré les erreurs d'interprétation dont ces

[1] Maurice Albert. *Les Médecins Grecs à Rome*. Paris, Hachette, 1894.

[2] Calmeil. *De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire, de la Renaissance au* XIXe *siècle*. Paris, J.-B. Baillière, 1845, 2 vol.

malades ont été l'objet et les actes de barbarie auxquels ils ont trop souvent donné lieu.

Mais à mesure qu'on approche de la période contemporaine, la lumière se fait dans les intelligences instruites et l'interprétation mystérieuse des troubles mentaux n'a plus guère d'adeptes que dans la foule ignorante. Aussi s'étonne-t-on de voir toute une école, composée de médecins d'une incontestable valeur, s'approprier à la fin du dix-huitième siècle et au commencement du dernier, ce qui peut rester de la métaphysique nuageuse des âges passés, et s'attacher à une conception de la folie qui est moins éloignée de celle des Grecs et des Hébreux qu'elle ne l'est de la conception positive qu'on en a aujourd'hui. Cette école qui relève de Stahl et dont les adeptes s'appellent Langermann, Ideler, Heinroth est celle à laquelle on donne quelquefois le nom d'école *psychologique allemande*. Pour HEINORTH (1773-1843) qui la personnifie et la résume, l'âme est une force libre, excitable par des stimulants, mais douée de la faculté de se diriger elle-même. « Le corps n'est pas un être indépendant existant par lui-même, mais l'âme devenue organe physique. Le principe fondamental de l'âme est la liberté : la source de son existence c'est la raison. L'étiologie de HEINORTH est éthique et religieuse : tous les maux de l'homme viennent du péché, par conséquent aussi les troubles de l'âme. L'âme se rend malade elle-même : les passions et le péché, c'est-à-dire le renoncement à Dieu, sont les causes des maladies psychiques. La partie la plus importante de la thérapeutique de ces maladies, c'est le traitement psychique, notamment la vie religieuse, le dévouement entier à Dieu et au bien. D'après HEINROTH, la seule prophylaxie de l'aliénation mentale est la foi chrétienne » [1].

Ces théories comme les conceptions religieuses de la folie qui les ont précédées, ont à jamais vécu. Mais la science, faite d'observations exactes plus que d'interprétations, n'est arrivée à se substituer à elles que par un travail lent et continu et par la patiente accumulation des faits.

La période HIPPOCRATIQUE a été à cet égard peu fructueuse. Si l'on a connu l'*épilepsie*, entrevu la *mélancolie* et la *manie*, la folie par *intoxication vineuse*, décrit sous le nom de *phrénitis* des délires qui paraissent correspondre pour la plupart à nos délires fébriles ou à la confusion mentale, on n'a tracé de ces états que des descriptions vagues, confuses et incomplètes. Bien qu'on proclamât que la médecine consistait avant tout à bien observer (*ars tota in observationibus*) l'on semblait préoccupé plutôt de substituer aux théories en cours des théories nouvelles : les folies dépressives étaient provoquées par la pituite, celles avec excitation par la bile ; la phrénitis résultait de l'échauffement du corps entier par le sang échauffé lui-même par son mélange avec cette dernière humeur. Le mérite d'Hippocrate est d'avoir reconnu et affirmé, en face des explications surnaturelles de la folie qui régnaient alors, que les troubles mentaux comme les sentiments et les pas-

[1] Krafft-Ebing. *Traité clinique de Psychiatrie.* Trad. française, d'E. Laurent. Paris 1897, Maloine, éd., p. 55.

sions relèvent du cerveau. « C'est par le cerveau que nous tombons dans le délire, dans la manie, que nous recevons la peur, la frayeur »[1]. Ainsi était ouverte la voie à l'interprétation physiologique des phénomènes.

Ni les médecins de la période Alexandrine (Hérophile, Erasistrate), ni ceux qui se signalèrent au début de la période Gréco-Romaine (Asclépiade, Celse) n'ajoutèrent de notions importantes à celles qu'Hippocrate avait fait connaître.

Arétée de Cappadoce (80 après J.-C.) au contraire se révéla observateur remarquable. « On ne saurait assez louer, dit B. Ball[2], à quinze siècles de distance, la rigueur scientifique, le sens clinique, la précision des détails et l'abondance des faits qui se retrouvent dans les admirables et pittoresques écrits de ce grand aliéniste, qui a su décrire les principaux symptômes, les formes, les espèces et plusieurs des variétés les plus importantes de la folie, avec une supériorité qui fait de lui le véritable Hippocrate de la médecine mentale. » Ces éloges sont en grande partie mérités : sans doute dans la description qu'il a donnée de la *mélancolie* « affection sans fièvre, dans laquelle l'esprit reste toujours fixé sur la même idée et s'y attache opiniâtrement », Arétée a confondu des malades fort différents les uns des autres, les mélancoliques vrais, les hypochondriaques, les persécutés ; mais il a entrevu ces divers types d'aliénés et le peu qu'il en dit suffit à prouver ses qualités de nosographe. Le tableau qu'il trace de la *manie* est loin d'être parfait : il assimile à tort aux maniaques certains malades à délire systématisé ; mais il indique avec précision l'exaltation intellectuelle, l'hypermnésie et l'hyperidéation que présentent les premiers ; il différencie nettement la manie des états d'excitation avec délire qu'on observe chez les vieillards ou qui sont produits par le vin ou les autres toxiques, la mandragore et la jusquiame. Il signale la succession possible d'un état mélancolique à un état maniaque, comme s'il avait entrevu la folie circulaire. La plus remarquable des descriptions d'Arétée est celle qu'il a tracée de l'*épilepsie* : il a vu et bien observé les aura, il note la possibilité d'empêcher les attaques en liant, fléchissant ou étendant les membres par où le mal commence. Ce qu'il dit de la crise de grand mal est vraiment remarquable pour l'époque ; tout ou presque tout est indiqué : les convulsions de la face et des membres, la projection de la langue entre les arcades dentaires et ses morsures, la congestion de la face, les modifications du pouls, l'évacuation involontaire d'urine, de matières fécales ou même de sperme, la torpeur et la tristese consécutives à l'attaque. On ne trouve rien de plus net, de plus exact, de plus conforme à la réalité clinique dans les livres de l'antiquité.

Cœlius Aurelianus (180 après J.-C.) doit être cité après Arétée. Il a peu ajouté à la nosographie, mais il a eu le mérite de rompre avec la théorie des humeurs en honneur depuis Hippocrate, et de proclamer que la folie relève de causes somatiques et psychiques. Les vues qu'il a émises à propos du traitement de l'aliénation autorisent à le considérer comme un véritable précurseur

[1] Hippocrate. *Œuvres complètes.* Trad. de Littré, 1839 à 1853, t. II, p. 100.

[2] B. Ball. *Leçons sur les maladies mentales.* Paris, Asselin, 1880, p. 9 et suiv.

sur ce terrain spécial : il protesta énergiquement contre les moyens violents de répression employés à son époque et préconisa les procédés de douceur. Il y avait quelque mérite et une réelle originalité à écrire, 1600 ans avant Pinel, que les moyens de contrainte constituent « un traitement déplorable qui ne fait qu'aggraver l'état des malades, ensanglanter leurs membres et leur offrir le triste spectacle de leurs douleurs, au moment où ils reprennent l'usage de leur intelligence. »

Du IIIe au XVIe siècle on chercherait vainement dans la littérature une œuvre marquante sur l'aliénation mentale. Galien avait codifié les enseignements de ses prédécesseurs, on se borna à reproduire et à répéter Galien. La médecine des arabes, qui eut à partir du VIIIe et du IXe siècle sa période glorieuse, ne fit pas avancer d'un pas sensible la pathologie de la folie et les quelques observations de délires symptomatiques ou de folies sympathiques qu'on trouve dans les ouvrages de ces derniers ne l'ont pas notablement enrichie.

Il faut traverser le moyen âge et arriver jusqu'à la fin du XVIe siècle pour rencontrer des auteurs et des travaux qui méritent de nous arrêter. La renaissance s'est affirmée; l'esprit humain, longtemps contenu sous le despotisme théologique et religieux, aspire à s'émanciper : Descartes et Bacon lui ont donné une méthode. La médecine va suivre les progrès qui s'accusent dans la littérature, la philosophie et les sciences, avec Montaigne, avec Leibnitz, avec Pascal, avec Newton.

Félix Plater (1536-1614) professeur à l'Université de Bâle, a droit à une place à part parmi les auteurs auxquels la pathologie mentale est redevable de quelques progrès. Dans ses œuvres on trouve mieux qu'un essai insuffisant de description didactique; on y rencontre des observations qui témoignent d'un souci très remarquable de l'étude exacte et attentive des faits. Plater a vu et assez bien observé non seulement la manie et la mélancolie, la phrénitis et la chorée, mais encore la folie impulsive, le délire des persécutés-persécuteurs (Zelotypia, de Ζῆλος-Zèle et τύπτειν-frapper). Il signale la mélancolie à forme hypochondriaque, la mélancolie à deux.

Vers la même époque Paul Zacchias (1584-1659) proto-médecin du pape et des États Romains, s'élevait avec courage contre la démonologie et jetait dans un ouvrage remarquable pour le temps (*quœstiones médico-légales*) les bases de la médecine légale des aliénés; Sydenham (1624-1689) signalait les troubles maniaques observés à la suite des fièvres intermittentes; Willis enfin (1622-1675) donnait d'exacts aperçus sur la manie, la mélancolie, la stupeur et des notions judicieuses sur le traitement des aliénés; mais il noyait malheureusement ses descriptions au milieu de considérations surannées sur le rôle des esprits animaux.

La part du XVIIIe siècle dans les progrès de la médecine mentale est assez mince : ni Boherhaave (1668-1738), ni Sauvages (1706-1767), ni Cullen (1712-1792) n'ont beaucoup ajouté à ce que connaissaient leurs prédécesseurs. Mais l'anatomie pathologique prit son essor avec Morgagni (1682-1771) et grâce à l'orientation nouvelle que donnèrent à la science les travaux de ce dernier, les théories religieuses ou métaphysiques et les hypothèses humorales qui

avaient jusque-là envahi le développement de l'aliénation mentale, furent décidément abandonnées pour faire place à une interprétation plus positive des faits : on allait tomber d'accord pour reconnaître que la folie, comme le proclamait Chiaruggi en 1793, dépend d'une lésion ou d'un trouble primitif du cerveau.

Le résultat, le plus clair des efforts qui ont été faits jusqu'à présent, a été de dégager l'étude de la pathologie « de l'esprit » des entraves qui au cours des siècles passés l'ont gênée dans son développement. Une ère nouvelle va s'ouvrir avec le XIXe siècle, ère de progrès rapides dans le domaine de la nosographie, de modifications profondes et radicales dans les conditions matérielles des aliénés.

Le bilan des connaissances est à la fin du XVIIIe siècle encore restreint. On connaît les névroses, particulièrement l'épilepsie et la chorée ; on sait qu'il y a des aliénés agités, les maniaques, d'autres déprimés et tristes, les mélancoliques, d'autres dont les facultés intellectuelles sont profondément affaiblies; mais on a à peine entrevu que ces derniers forment des catégories diverses : la stupeur de Willis englobe à la fois la démence et l'idiotie. D'ailleurs les « fous » qu'on connaît mal et à l'étude desquels on s'intéresse peu, ont été jusqu'à présent à peine considérés comme des malades. « A Bicêtre, à la Salpêtrière, dit Pariset[1], le vice, le crime, le malheur, les infirmités, les maladies les plus dégoûtantes et les plus disparates, tout était confondu comme les services. Les bâtiments étaient inhabitables, les hommes y croupissaient couverts de fange, dans des loges toutes de pierre, étroites, froides, humides, privées d'air et de jour et meublées seulement d'un lit de paille, qu'on renouvelait rarement et qui bientôt devenait infect : repaires affreux où l'on se ferait scrupule de placer les plus vils animaux. Les aliénés que l'on jetait dans ces cloaques étaient à la merci de leurs infirmiers, et ces infirmiers étaient des malfaiteurs que l'on tirait de la prison. Les malheureux malades étaient chargés de chaînes et garrottés comme des forçats. Ainsi livrés sans défense à la brutalité de leurs gardiens, ils étaient l'objet des plus cruels traitements, qui leur arrachaient jour et nuit des cris et des hurlements qui rendaient encore plus effrayant le bruit de leurs chaînes. »

La réforme du régime des aliénés s'imposait, non seulement comme mesure d'élémentaire humanité, mais aussi comme la condition primordiale des progrès que la nosographie était bientôt appelée à réaliser. Pour s'attacher à mieux étudier ces malades, il fallait d'abord obtenir qu'ils fussent considérés et traités comme des malades. Dès la fin du siècle dernier deux médecins italiens Daquin à Chambéry et Chiaruggi à Florence préconisaient la substitution des procédés de douceur aux moyens de contrainte brutale dans le traitement des fous. Mais nul n'ignore que le mérite d'avoir « brisé les chaînes des aliénés » revient principalement à Ph. Pinel, qui secondé par le surveillant Pussin, introduisit en 1793 à l'hospice de Bicêtre, puis à la Salpêtrière, non sans ren-

[1] Pariset. *Eloge de Pinel*, Acad. de Médecine.

contrer d'oppositions, des habitudes toutes différentes de celles qui y avaient régné jusqu'alors. Il fit plus, il montra la nécessité qui s'imposait de créer des établissements spéciaux pour les individus affectés de maladies mentales, et traça les règles de l'hospitalisation de ces malades. A peu près à la même époque, William Tuke, citoyen de la ville d'York, créait une maison de santé où les fous devaient être traités suivant les mêmes méthodes que Pinel préconisait chez nous. Ainsi l'Italie, la France, l'Angleterre prenaient presque simultanément à la fin du XVIIIe siècle et sans concert préétabli, l'initiative des réformes qui allaient se parachever au cours du nôtre. Il faut dire toutefois que les choses n'allèrent pas toutes seules : la routine est puissante et difficile à vaincre. En 1818, Esquirol se plaignait encore dans un rapport au Ministre, que les aliénés fussent plus maltraités que les criminels et les bêtes. Il a fallu près de cent ans pour vaincre en fait les préjugés barbares contre lesquels s'étaient insurgés les réformateurs de la fin du dernier siècle. Mais petit à petit les progrès se sont réalisés : les maisons d'aliénés actuelles, larges, spacieuses, aérées, avec leurs préaux, leurs galeries, leurs jardins, ne ressemblent que de très loin aux misérables réduits qui les ont précédées. Sans doute les barrières y sont toujours hautes et les portes bien closes, mais on tend de plus en plus à abaisser les premières et à ouvrir les secondes; l'asile à portes ouvertes (*open door*) qui existe déjà en certains pays, comme l'Écosse, compte des partisans de jour en jour plus nombreux; la camisole qui récemment encore était d'un usage fréquent, pour ne pas dire courant, n'est plus utilisée que dans des cas exceptionnels; enfin le traitement par le séjour au lit qu'on tend aujourd'hui à appliquer à la plupart des formes aiguës de la folie, contribuera dans un avenir prochain à rapprocher de plus en plus l'asile de l'hôpital. C'est le XIXe siècle, à son honneur, qui aura vu s'accomplir, ou au moins préconiser toutes ces réformes. Il aura bien mérité de l'humanité, il aura aussi bien mérité de la science, car pour incomplètes que soient nos connaissances dans le vaste domaine de la psychiatrie, elles se sont depuis cent ans prodigieusement accrues et précisées. L'étiologie est sortie du chaos, l'étude des symptômes, rapprochée de celle de la marche des affections mentales, a permis d'individualiser mieux que des formes symptomatiques, des espèces nosographiques; l'anatomie pathologique, après nous avoir révélé les lésions de la paralysie générale progressive, nous a montré, grâce aux progrès récents de la technique, les altérations qui conditionnent certains troubles mentaux secondaires, la médecine légale des aliénés a été assise sur des bases moins mobiles et plus précises, enfin le traitement de la « folie » est devenu à la fois plus humain, plus rationnel et plus efficace.

La loi de 1838, en réglant les conditions de l'assistance et de l'internement des aliénés, a contribué grandement à l'amélioration du sort de ces derniers. Le temps a pu montrer les imperfections de cette loi et la nécessité de l'adapter à certaines exigences nouvelles, et dans une certaine mesure légitimes, de l'esprit public, mais les efforts qu'on a fait pour la modifier et qui n'ont pas été toujours heureux, n'ont servi qu'à établir avec quel soin, quelle prévoyance et quel sentiment des nécessités pratiques elle avait été conçue.

Une revue sommaire va nous rappeler, quand et comment ces divers progrès ont été réalisés.

Il suffit de comparer d'un coup d'œil rapide le chapitre consacré aux CAUSES de « la folie » dans l'un des traités du commencement du siècle à ceux qui visent l'étiologie des affections mentales dans les ouvrages les plus récents, pour apprécier ce que notre temps a répandu de lumière sur la connaissance des conditions déterminantes des divers troubles mentaux. Si l'on parcourt le premier chapitre du traité d'Esquirol, qui résume exactement les notions qui avaient cours aux environs de 1830, on y verra quelle large place on faisait alors dans l'étiologie de la folie aux causes considérées aujourd'hui comme simplement adjuvantes et accessoires : l'influence du climat, des saisons, des âges, du sexe, des tempéraments, des professions, des passions est passée méticuleusement en revue : mais l'étude des causes de l'aliénation se limite alors à quelques notions statistiques et empiriques sans lien pathogénique les rattachant les unes aux autres. De l'hérédité il est à la vérité question, mais quelques lignes seulement sont consacrées à son influence, dont Esquirol pense avoir suffisamment indiqué l'importance quand il a dit : « l'hérédité est la cause prédisposante de la folie la plus ordinaire, surtout chez les riches, elle est d'un sixième chez les pauvres. »

En fait si le rôle capital de l'hérédité dans la genèse des affections mentales a été mis définitivement en relief c'est grâce à des travaux presque contemporains et relativement récents. Lucas[1] en étudiant les modes et les lois de l'hérédité naturelle a préparé les voies à Morel[2] qui devait formuler peu de temps après, avec l'autorité que l'on sait, la théorie des dégénérescences. Morel peut être tenu dans l'espèce pour un véritable initiateur; ses études ont été le point de départ de beaucoup d'autres qui sont venues ultérieurement les compléter, de celles de Moreau (de Tours), de Magnan, d'Arndt, de Krafft-Ebing; et dans le domaine de la neurologie proprement dite de celles de Charcot et de ses élèves, de Möbius, de Pick, de Schultze, de Ch. Féré.

L'influence des INTOXICATIONS, particulièrement de celles occasionnées par l'usage habituel et prolongé de certains poisons, n'a été elle aussi nettement dégagée que de notre temps. Il n'y a pas là toutefois de quoi nous énorgueillir : si les troubles mentaux d'origine toxique ont été mieux observés et par conséquent mieux décrits à notre époque, c'est que l'abus des substance qui les produisent ou s'est plus répandu, ou s'est établi de nos jours.

L'alcoolisme n'est pas un mal récent; l'ivresse tout au moins, qui en constitue l'une des formes, ne fut pas inconnue de nos ancêtres : la légende de Noé est là pour l'attester. Les Grecs et les Romains eurent à lutter contre ses progrès; les prescriptions de Lycurgue, les lois de Dracon, les écrits des auteurs latins en font foi. Mahomet dut sévir contre elle en interdisant à ses fidèles l'usage du vin, et Charlemagne s'émut de sa fréquence en occident. Au XIe siècle

[1] Lucas. *Traité philosophique et psychologique de l'hérédité naturelle*, 2 vol., 1850.
[2] Morel. *Traité des dégénérescences*, 2 vol., 1857.

l'introduction dans la consommation de l'alcool obtenu par distillation du vin créa un nouveau péril : l'*aqua vitæ* considérée d'abord comme un précieux remède, devint assez vite une boisson dangereuse quand au XVII[e] siècle la vente cessa d'en être réservée aux pharmaciens ; la Russie, la Suède, l'Angleterre ne tardèrent pas à en faire la dangereuse épreuve. On sait, et on verra d'ailleurs en une autre partie de cet ouvrage, comment la création des alcools dits d'industrie a généralisé le péril et étendu ses effets dans les divers pays d'Europe. Le traité de Magnus Huss [1] qui date de 1852, est l'ouvrage fondamental où pour la première fois ont été mis en relief les manifestations principales de l'*alcoolisme*. Magnus Huss dont le travail avait été précédé par ceux de Brühl-Cramer, de Rœsh, a visé exclusivement l'alcoolisme chronique. Avant lui déjà Sutton en Angleterre, Rayer en France, puis Blake, Ware, Copland, Calmeil avaient entrevu le délire alcoolique aigu, que Dupuytren observait en 1826 chez les opérés et qu'il considérait indûment comme un délire nerveux. Il est peu de sujets qui aient été aussi attentivement étudiés en ces cinquante dernières années, que l'histoire des manifestations de l'alcoolisme. Parmi les travaux de marque qui s'y rattachent, ceux de Delasiauve et de Magnan sur la symptomatologie du delirium tremens, ceux de Magnan et de Motet sur l'absinthisme, de Lasègue sur le délire alcoolique subaigu, de Korsakoff sur la psychose polynévritique qui relève souvent de l'intoxication par l'alcool, ceux de Westphal sur l'épilepsie des buveurs méritent une mention spéciale. L'attention plus récemment s'est portée surtout sur la pathogénie de tous ces troubles et l'on semble aujourd'hui particulièrement préoccupé de determiner le rôle qui revient dans leur genèse à chacun des divers éléments (essences, alcools supérieurs, alcaloïdes) qui entrent dans la composition des boissons dites alcooliques. Les travaux qui ont été poursuivis dans cette direction, parmi lesquels ils convient de citer ceux de Cadéac et Meunier, de Laborde, de Joffroy, ont déjà jeté quelque lumière sur le problème.

Il nous suffira de rappeler les recherches auxquelles ont donné lieu l'intoxication par le haschisch (Moreau, de Tours), la pellagre (Th. Roussel, Lombroso etc.), la morphinomanie, le cocaïnisme, le chloralisme pour montrer la place importante qui revient aux troubles d'origine toxique parmi les progrès réalisés depuis cinquante ans par la pathologie mentale.

Mais à côté des intoxications d'origine externe ou exogènes il faut placer celles d'origine interne ou *endogènes*. Le rôle que jouent ces dernières dans l'étiologie des troubles mentaux, bien qu'il ait été depuis longtemps entrevu, commence seulement à se dégager avec quelque netteté. Le nombre des observations ou des travaux d'ensemble auxquels il a donné lieu, est déjà considérable. A mesure que la nature des maladies infectieuses et des troubles de la nutrition s'est éclaircie, que la fonction antitoxique de certains organes, comme le foie, est devenue évidente, qu'on a été mieux fixé sur les conséquences des lésions des émonctoires comme le rein, il est apparu plus nettement que l'accumulation dans l'organisme de certains poisons résultant du

[1] Magnus Huss. *Chronische alcoolish Krankheit.* Stockholm, 1852.

désordre de l'assimilation ou de la désassimilation ou de l'insuffisance de la dépuration organique, engendrent, entr'autres conséquences, des accidents cérébraux, que la clinique n'avait pas méconnue mais qu'on avait arbitrairement rangés parmi les « folies diathésiques ou sympathiques ». On commence aujourd'hui à mieux interpréter ces troubles dont la physionomie n'est pas très variée et qui semblent revêtir le plus souvent l'une ou l'autre des formes de la confusion mentale. Leur déterminisme précis exige sans doute encore de nombreuses recherches, mais leur histoire constitue un nouveau chapitre récemment et déjà largement ouvert de la pathologie mentale [1].

La nosographie s'est depuis soixante ans encore plus enrichie que l'étiologie et la pathogénie. Si au temps de Pinel on connaissait la manie et la mélancolie auxquelles on faisait en clinique mentale une place que les travaux ultérieurs ont plutôt rétrécie, celle surtout de la manie, on n'avait qu'une notion très sommaire et fort peu précise des DÉLIRES SYSTÉMATISÉS. Esquirol [2] les avait sans doute entrevus : il parle en effet, dans le chapitre sur la monomanie, « d'un désordre intellectuel concentré sur un seul objet ou sur une série d'objets inconscrits » ; Griesinger d'autre part [3], puis Ellinger [4] avaient indiqué quelques-unes de leurs variétés qu'ils englobaient dans le groupe de la *Verrucktheit*. Mais c'est à Lasègue [5] que revient le mérite d'avoir eu la conception nette de ces délires, qui tiennent une si large place en clinique psychiatique ; son mémoire célèbre sur le *délire des persécutions* peut être considéré comme le travail fondamental qui a servi d'assise à tous ceux qui ont suivi (1852). Les additions qu'y a faites Morel [6] n'ont sans doute pas été toutes très heureuses ; du moins cet auteur a-t-il contribué à consacrer la place qu'allaient dès lors occuper dans la nosographie les systématisations délirantes.

La voie une fois ouverte, la description des délires systématisés et de leurs variétés est devenue l'un des objectifs de prédilection des psychiatres. Innombrables sont les travaux auxquels ont donné lieu la *Paranoia*, la *Verrucktheit*, la *Wahnsinn*, la *delusional insanity*, qui sont les noms nouveaux sous lesquels à l'étranger, ces délires sont désignés. Les publications de Snell [7], de Sander [8], de Samt [9], de Westphal [10], de Krafft-Ebing [11], d'Arndt [12], de Mayser [13] en

[1] Voir à ce sujet : *a*. E. Régis et A. Chevalier-Lavaure. Des auto-intoxications dans les maladies mentales. Rapport au *Congrès des médecins aliénistes français*. Session de la Rochelle, 1893. *b*. D'Abundo. Les Intoxications et les infections dans les maladies mentales et les névropathies. *Presse médicale*, 3 nov. 1900.

[2] Esquirol. *Traité des maladies mentales*, t. II, 1838.

[3] Griesinger. *Traité des maladies mentales*. Trad. franç. de Doumic, 1865.

[4] Ellinger. *Allg. Zeitsch für Psychiatrie*, 1845.

[5] Lasègue. *Arch. de médecine*, 1852.

[6] Morel. *Études cliniques*, 1852 et *Traité des maladies mentales*, 1860.

[7] Snell. *Allg. Zeitsch für Psychiatrie*. B. XXII, p. 368, 1865.

[8] Sander. *Arch. für Psychiatrie*, 1868-69, B. I. p. 387.

[9] Samt. *Die naturwissenschaftliche Methode in der Psychiatrie*. Berlin, 1874.

[10] Westphal. *Allg. Zeits. fur Psychiatrie*, 1878, B. XXXIV, p. 252.

[11] Krafft-Ebing. *Lehrbuch der Psyhiatrie*. Stuttgard 1879, et trad. franç., Paris, 1897.

[12] Arndt. *Lehrbuch der Psychiatrie*. Vienne, 1883.

[13] Mayser. *Allg. Zeitsch. für Psychiatrie*, 1885, B. XIII, 1.

Allemagne, celles de Rosenbach[1] en Russie, de Morselli et Buccola[2], d'Amadei et Tonnini[3], de Raggi[4], de Tanzi et Riva[5], de Salemi-Pace[6] en Italie, de Spitzka[7] en Amérique, le mémoire de Foville[8] en France, les travaux de Magnan[9] et ses élèves sur le délire chronique et les délires de dégénérescence, ceux de J. Falret[10] sur le délire de persécution à évolution systématique et sur les persécutés persécuteurs ont éclairci bien des points de détail, mis en relief des types morbides divers. Les divergences qui règnent encore sur la nature, l'indépendance, les caractères spécifiques de ces types témoignent de la complexité du sujet. Il s'en faut que l'accord soit prêt d'être parfait entre les divers observateurs, et l'on n'entrevoit pas le moment où une même classification synthétique réunira tous les suffrages. Mais la diversité des opinions actuelles opposée à l'étroite conception d'Esquirol et à la description si exactement pittoresque mais un peu simpliste de Lasègue, atteste les progrès qu'a réalisés depuis les premières années de ce siècle l'étude des délires systématisés.

Pinel, Esquirol, Dubuisson, Guislain, Griesinger et avant eux, dès le XVIIe siècle, Willis avaient noté que chez certains malades, les accès de manie alternent avec des accès de mélancolie, ou peuvent se transformer les uns dans les autres. Mais à cette époque la manie et la mélancolie étaient envisagées comme des espèces morbides toujours autonomes, et l'on entrevoyait à peine qu'en dehors de la manie et de la mélancolie simple, il pût y avoir des accès mélancoliques ou maniaques qui fussent l'expression symptomatique d'espèces morbides plus complexes. En 1851, J.-P. Falret[11] et plus tard, en 1854 ce même auteur d'une part, et Baillarger[12] de l'autre appelèrent presque simultanément l'attention sur une espèce clinique caractérisée par « une période d'excitation alternant avec une période d'affaiblissement. » L'un (Baillarger) montra que la folie *à double forme* (c'est l'expression dont il se servait) se présente tantôt sous forme d'accès isolés, tantôt sous celle d'accès se succédant sans interruption; l'autre (J.-P. Falret) insista surtout sur la seconde variété qu'il dénomma *folie circulaire*, mais tous les deux furent d'accord pour proclamer, contrairement à l'opinion énoncée par

[1] Rosenbach. *Messager Russe*, 1884.

[2] Morselli et Buccola. *Giorn della R. Acad. di Torino*, 1883, p. 210.

[3] Amadei et Tonnini. *Arch. Ital. per la malatie nervose*, 1883-84.

[4] Raggi. *Arch. Ital. per la malad. nervose*, 1884.

[5] Tanzi et Riva. *Rivista sperim. di frenatria*, 1884, 1885 et 1886.

[6] Salemi-Pace. *La classificazione delle frenopatie*. Il Pisani, 1885.

[7] Spitzka. *Journal of nerv. and mental diseases*, 1881.

[8] A. Foville. *Etude clinique sur la folie avec prédominance du délire des grandeurs*, Paris 1871.

[9] Magnan. *Leçons cliniques sur les Maladies mentales*. Paris, 1893 et 1897 et passim ; et travaux de ses élèves (Paul Garnier, Th. de Paris, 1878. P. Gérente, Th. Paris, 1883. Legrain, Th. de Paris, 1886, etc.)

[10] J. Falret. *Ann. méd. psych.*, 1878. Pottier, Th. Paris, 1886.

[11] J.-P. Falret. *Gaz. hôpitaux*, janvier 1851, et *Bulletin de l'Acad. de médecine*, 14 février 1854.

[12] Baillarger. *Bulletin de l'Acad. de médecine*, 31 janvier 1854.

Morel, que la folie à double forme et la folie circulaire sont autre chose qu'une succession d'accès de manie et de mélancolie vulgaire, mais bien comme le disait Baillarger, « un genre spécial de folie. » Plus tard, Magnan[1] en montrant que la caractéristique de la nouvelle espèce morbide réside moins dans la succession des deux phases mélancolique et maniaque qui constitue la plupart des accès, que dans l'évolution générale de la maladie, a rapproché heureusement dans la même description les folies circulaires, à double forme, intermittentes et alternes, qui semblent bien constituer des modalités diverses d'une même espèce morbide. Ainsi ont pris rang en clinique mentale les FOLIES PÉRIODIQUES qui, si l'on tient compte des formes atténuées, certainement nombreuses, y occupent une large place, et dont les travaux de Ludwig Meyer, de Kirn, de Dittmar ont contribué à démontrer les relations avec la constitution nerveuse héréditaire.

Les NÉVROSES ressortissent moins complètement que les psychoses à la pathologie mentale : toutes cependant soit par leur nature (hystérie), soit par leurs manifestations relèvent au moins partiellement de son domaine. Leur histoire n'est pas nouvelle, mais elle a été tellement remaniée depuis un demi-siècle, qu'on a peine à reconnaître sous les dénominations qu'elles portent aujourd'hui les espèces morbides que ces appellations désignaient naguère. L'histoire clinique de l'*hystérie* a été refaite de fond en comble : les recherches de Louyer-Villermay, celles de Brachet, de Landouzy, de Briquet, celles surtout poursuivies ou inspirées par Charcot en ont étendu la symptomatologie et précisé les causes. Sa psychologie pathologique, comme celle des somnambulismes et des états connexes, a été tirée de l'ombre, et il est à peine besoin de rappeler quels éclaicissements ces progrès ont apportés à tout un côté de la pathologie de l'esprit.

Avant Beard on n'ignorait point la *neurasthénie,* mais celle-ci n'a vraiment pris place dans la nosographie, qu'avec le mémoire de cet auteur (1869) ; ce que nous en savons nous permet de mieux interpréter certains troubles hypochondriaques et surtout les obsessions et les impulsions, qu'elle se partage avec la déséquilibration mentale héréditaire (Morel, Trélat) et qui, déchues du rôle d'entités qu'elles occupaient dans la nomenclature d'Esquirol, nous apparaissent aujourd'hui comme les expressions diverses d'un état sous-jacent d'instabilité mentale plus ou moins accusé.

L'*épilepsie* n'est guère mieux décrite aujourd'hui qu'elle ne le fût du temps d'Arétée ; mais les travaux de Bravais et plus tard ceux de Jackson, en nous révélant les convulsions localisées d'origine corticale dont l'expérimentation entre les mains de Ferrier et la méthode anatomo-clinique entre celles de Charcot et Pitres allaient préciser le mécanisme physiologique et la signification diagnostique, nous ont amené à concevoir cette affection d'une toute autre manière qu'on ne le faisait naguère : à regarder les choses de près il apparaît tous les jours davantage qu'il n'y a pas une névrose épileptique mais des syndromes épileptiformes à étiologie et à lésions

[1] V. Magnan. *Comm. au Congrès de médecine* de Berlin, 1890.

variables. Tandis que les découvertes relatives aux localisations cérébrales et à l'anatomie pathologique du cerveau conduisaient ainsi à envisager le haut mal d'un point de vue nouveau, les manifestations somatiques ou psychiques de ce dernier, les actes délictueux ou criminels qui en peuvent être la conséquence étaient mieux observés et plus attentivement étudiés. On sait la part qui dans ces études revient notamment à Lasègue, à Legrand du Saulle.

Le travail de revision que réclame l'histoire encore un peu obscure des *chorées* est toujours à faire. On a confondu sous une dénomination commune des choses fort disparates : des troubles moteurs d'origine hystérique comme ceux observés au cours de certaines épidémies du moyen âge, des tics dépendant d'un état de déséquilibration mentale originelle, enfin la chorée légitime, la chorée vraie, celle de Sydenham. On conçoit que pareille confusion n'ait pas contribué à jeter la clarté sur les troubles mentaux choréïques. Pourtant les travaux de Marcé ont précisé, il y a déja quarante ans, ceux qu'on observe dans la chorée arythmique vulgaire et les recherches de Russel, d'Arndt, de L. Meyer ont contribué à éclairer la même question.

Mais les troubles intellectuels peuvent dépendre d'autre chose que d'un simple désordre fonctionnel cortical, que ce désordre soit lui-même la conséquence d'une affection ou d'une intoxication du cortex, comme dans la confusion mentale, dans le délire aigu, peut-être dans la chorée, ou qu'il se rattache à ces fonctionnements défectueux du cerveau que, faute d'en avoir pu préciser le déterminisme, nous nous contentons de rapporter à la dégénérescence ou à la déséquilibration mentale. On les rencontre encore et particulièrement accusés quand existe une altération matérielle plus ou moins grossière de la substance grise. Lorsque Rouchoux (1813) eut après Morgagni, décrit l'hémorrhagie et Rostan (1830) le ramollissement cérébral, on s'attacha à préciser la symptomatologie de ces lésions et on ne tarda pas à relever les troubles du caractère ou l'affaiblissement mental qui les suit ; chemin faisant on nota aussi, et assez mal d'ailleurs, les désordres qui accompagnent les lésions traumatiques ou les tumeurs ; mais l'attention devait se porter tout particulièrement vers une affection du cerveau qui à des altérations macroscopiques très caractéristiques joint une symptomatologie dans laquelle les troubles mentaux tiennent une place prépondérante et ont une physionomie particulièrement significative.

Haslam, pharmacien de l'hospice de Bedlam, avait nettement entrevu la paralysie générale, dès 1798 ; les symptômes de l'affection n'avaient pas échappé non plus à la sagacité d'Esquirol et de Georget, mais ces auteurs n'y avaient vu qu'une complication possible de la folie au même titre que peuvent l'être le scorbut et la phtisie pulmonaire. C'est à Bayle[1] (1822) que revient réellement le mérite d'avoir isolé la maladie du groupe confus des

[1] Bayle. *Thèse de Paris*, 1822 (inspirée par Royer-Collard).

vésanies. Les études de Parchappe[1], de Lasègue[2], de J. Falret[3], de Baillarger[4] contribuèrent à lui assurer la grande place qu'elle allait occuper désormais dans le cadre nosologique.

Les lésions, indiquées déjà par Bayle, devinrent bientôt l'objet de recherches attentives et l'anatomie pathologique de l'encéphalite diffuse ne tarda pas à s'éclaircir grâce aux travaux de Calmeil[5], de Rokitanski[6], de Magnan[7], de Westphal[8], de Mierzejewski[9], et à ceux plus récents de Mendel[10], de Crichton-Brown[11] de Tuczek[12], de Zacher[13] pour ne citer que les principaux.

Aux connaissances cliniques et anatomiques ainsi acquises se sont ajoutées dans ces dernières années des notions nouvelles sur l'étiologie de l'affection, notions d'une capitale importance, en ce qu'elles sont appelées dans l'avenir à nous guider dans la prophylaxie d'une maladie qui échappe jusqu'à présent à tous les efforts de la thérapeutique. Quand Esmark et Jessen en 1857 avancèrent que la syphilis est la cause de la paralysie générale, leur assertion fut accueillie avec un scepticisme unanime. Il était réservé à Fournier de défendre avec une louable ténacité et de mettre en relief le rôle au moins prépondérant que joue la spécificité dans l'étiologie de l'encéphalite diffuse. Cette notion ne rencontre plus aujourd'hui que de rares contradicteurs : l'intérêt qu'elle présente n'est pas seulement théorique ; si elle a eu peu d'influence sur la thérapeutique de l'affection on devine qu'elle est appelée à en éclairer singulièrement et à en faciliter la prophylaxie.

Elle a permis de mieux comprendre et de dégager du chaos confus des affections cérébrales de l'adolescence et même de l'enfance certains cas de démence précoce qui sont des formes hâtives de la paralysie générale et dont la relation avec la syphilis héréditaire est le plus habituellement facile à établir.

Ces affections infantiles par défaut ou arrêt de développement du cerveau, constituaient, il y a cinquante ans, l'un des chapitres les plus obscurs de la pathologie de l'encéphale. Mais les recherches modernes l'ont beaucoup éclairé. Esquirol avait déjà contribué à distinguer l'*idiotie* de la démence et de la stupeur avec lesquelles on la confondait avant lui. Il avait fait ressortir que « le

[1] Parchappe. *Recherches sur l'encéphale, sa structure, ses fonctions et ses maladies*, 1834-38.
[2] Lasègue. *Thèse d'agrégation*, 1853.
[3] J. Falret, *Thèse de Paris*, 1853.
[4] Baillarger. Travaux réédités dans les *Recherches sur les maladies mentales*. Paris, 1890.
[5] Calmeil. *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, 2 vol. Paris, 1859.
[6] Rokitansky. *Traité*, 1856, 3e éd., t. II, p. 468.
[7] Magnan. *Thèse de Paris*, 1867.
[8] Westphal. *Arch für Psychiatrie*, 1868.
[9] Mierjezewski. *Arch. de physiologie*, 1875.
[10] Mendel. *Neurolog. Centrablatt*, 1882.
[11] Crichton-Brown. *West riding Asylum Reports* 1876 et Brain 1883.
[12] Tuczek. *Beitrag zur pathologischen Anatomie des Dementia paralytica*. Berlin, 1884.
[13] Zacher. *Arch. für Psychiatrie*, XIII.

dément est un riche devenu pauvre, tandis que l'idiot a toujours été dans l'infortune et la misère. » Son initiative a été féconde : les causes de l'affection ont été mises au jour, sa symptomatologie précisée, ses lésions étudiées avec soin, tandis que le traitement pédagogique des idiots était institué d'une façon méthodique et régulière. Parmi les auteurs qui ont le plus contribué à ces progrès il convient de rappeler les noms de Belhomme, de Morel, de Felix Voisin,. de Wirchow, de Seguin, de Delasiauve, d'Irland, et particulièrement de Bourneville dont les recherches ont éclairé d'une lumière nouvelle l'anatomie pathologique de l'idiotie et beaucoup aidé à en perfectionner le traitement.

La découverte du *myxœdème* par William Gull, les travaux qui ont suivi sur le même sujet, notamment ceux de Ord, de Charcot et de ses élèves, les notions qui en ont découlé sur les effets de l'ablation ou de l'absence congénitale du corps thyroïde, ont appelé l'attention sur une variété nouvelle et importante d'idiotie, l'idiotie myxœdémateuse. La connaissance de cette dernière a conduit Kocher a interpréter le *crétinisme* autrement qu'on ne l'avait fait jusqu'alors, et peut-être est-elle appelée à nous donner l'explication de cette curieuse forme de dégénérescence qui a été surtout étudiée depuis Saussure (1780) et a fait à notre époque l'objet de très nombreuses recherches symptomatiques et étiologiques.

A la suite de cette sommaire énumération des principaux progrès accomplis dans le domaine de la séméiologie, de l'anatomie pathologique, de l'étiologie et de la pathogénie, il convient de signaler ceux qu'ont réalisés le TRAITEMENT et la MÉDECINE LÉGALE des aliénés.

Aux noms de Daquin, de Chiaruggi, de Pinel, de William Tuke dont nous avons plus haut indiqué le rôle prépondérant dans la réforme du régime des asiles, on doit en ajouter quelques autres : ceux de Conolly, de Rush, de Guislain qui préconisèrent en Angleterre, en Amérique et en Belgique le régime de douceur que Pinel avait introduit en France, celui de Leuret qui chez nous se fit le défenseur convaincu du traitement moral dont malheureusement il ne sut pas asseoir les règles sur une observation clinique suffisamment rigoureuse, ceux de Ferrus, de Parchappe qui présidèrent à l'organisation d'un grand nombre d'établissements publics.

Il n'est pas de groupe d'affections qui soulèvent d'aussi fréquents problèmes médico-légaux que les affections mentales, à propos desquelles on a communément à résoudre des questions relatives à l'opportunité d'un internement, à la capacité civile, à la responsabilité criminelle d'individus aliénés ou supposés tels. Ces questions ont acquis chez nous une importance particulière depuis la refonte du code civil et du code pénal et la promulgation de la loi de 1838. Les principes et les règles d'où dépend leur solution se sont progressivement dégagés de l'examen de faits particuliers. Ainsi s'est constituée en ces quatre-vingts dernières années la médecine légale des aliénés qui était en germe déjà dans les travaux de Zacchias, et qui s'est perfectionnée grâce à ceux notamment de Fodéré, de Lasègue, de Georget, de Marc, de Tardieu, de Legrand du Saulle, de Motet. Elle semble arrêtée actuellement à une étape de

transition : ceux qui la pratiquent sentent avec quelle difficulté il se meuvent sur le terrain métaphysique de la liberté et de la responsabilité humaine, qui sert encore d'assise à notre droit pénal. Mais tout fait prévoir qu'à ces notions surannées il en est d'autres qui sont sur le point de se substituer, celles de la nocuité ou de l'innocuité. L'anthropologie criminelle qui est née en Italie, depuis quelques vingt ans, prépare à ce point de vue une révolution qu'on sent nécessaire et imminente et dont la médecine légale des aliénés sera l'une des premières à bénéficier.

Bibliographie. — Traités et ouvrages généraux sur la pathologie mentale. — Chiaruggi. *Della pazzia in gen. ed in spec. Tratato medico analitico*, vol. tre in-8°, Firenze, 1793-94. 1re trad. ted. Lipsia, 1795 ; 2e éd. it. Torino, 1808. — Daquin. *Philosophie de la folie*. 1re éd. Chambéry, 1791 ; 2e éd. Paris, 1804. — Pinel. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Paris, 1808. — Esquirol. *Des maladies mentales*, 2 vol. Paris, 1838. — Max Parchappe. *Traité théorique et pratique de la folie*. Paris, 1841. — Calmeil. *De la folie sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire*, 4 vol. Paris, 1845. — Guislain. *Traité de l'aliénation mentale et des asiles d'aliénés*. Amsterdam, 1826 ; *Leçons orales sur les phrénopathies*, 3 vol. Gand, 1852 ; 3e éd. 1880. — Griesinger. *Lehrb. der Psychischen Krankheiten*, 1re éd. 1845. Traduction française par Doumic. Paris, 1873. — Spillman. *Diagnostic der Geisteskrankheiten*. Prague, 1855. — B. A. Morel. *Etudes sur les maladies mentales*, 2 vol. Nancy, 1852 ; *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*. Paris, 1859, avec atlas ; *Traité des maladies mentales*. Paris, 1850. — Neumann. *Lehrbuch der Psychiatrie*. Erlangen, 1860. — Marcé. *Traité pratique des maladies mentales*. Paris, 1862. — Leidesdorf. *Lehrbuch der psychischen Krankheiten*. Erlangen, 1865 ; trad. ital. Turin, 1878. — A. Foville. Art. « Folie » *in nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1872. — Dagonet. *Traité des maladies mentales*, dern. éd. Paris, 1894. — Cotard. Art. « Folie » *in dict. encyclop. des sciences méd.* Paris, 1877. — H. Emminghaus. *Allgemeine Psychopathologie zür Einfuhrung in das studium der Geistesstörungen*. Leipsig, 1878. — Bucknill et H. Tuke. *A manual of psychological medic.* Londres, 1879, 3e éd. — J. Luys. *Traité clinique et pratique des maladies mentales*. Paris, 1881. — B. Ball et A. Ritti. Article « Délire » *du dict. encycl. des sciences médic.* Paris, 1882. — Maudsley. *La Pathologie de l'esprit*, trad. franç. par Germont. Paris, 1883. — Arndt. *Lehrbuch der Psychiatrie*. Leipzig, 1883. — Neumann. *Leitfaden der Psychiatrie*. Breslau, 1883. — Krafft-Ebing. *Lehrbuch der Psychiatrie*. Stuttgard, 1883 et 1890. Trad. fr. de Em. Laurent, 1897. — B. Ball. *Leçons sur les maladies mentales*. Paris, 1883. — W. A. Hammond. *A treatise on insanity*. London, 1883. — Th. Meynert. *Psychiatrie, Klinik der Erkrankungen d. Vorderhirns*, 1884, trad. fr. Bruxelles, 1888 ; *Klinik-Vorlesung. Psychiatrie*, 1890-92, trad. ital., F. Vallardi. — Morselli. *Manuale di semejotica delle malattie mentali*. Milano, 1er vol. 1885, 2e vol. 1895. — Clouston. *Clinical lectures on mental diseases*. London, 1887. — Salgo. *Comp. der Psychiatrie*. Vienne, 1889. — Kræpelin. *Psychiatrie*, 5e éd. Leipzig, 1896, 6e éd. 1899. — Schule. *Handbuch der Geisteskrankheiten, in Ziemssen's Handbuch*, 1re éd. 1877, trad. franç. de J. Dagonet et Duhamel. Paris, 1888. — Bevan-Lewis. *A text-book of mental diseases*. London, 1889. — J. L. A. Koch. *Kurzgefasster Leitfaden der Psychiatrie*, 2e éd. 1889. — A. Cullerre. *Traité pratique des maladies mentales*. Paris, 1890. — E. Régis. *Manuel pratique de médecine mentale*, 2e éd., 1892. — Spitzka. *Insanity, its classification, diagnosis and treatment*. New-York, 1892. — Hack

Tuke. *A dictionary of psychological med.* 2 vol. Lond., 1892. — Mercier. *Sanity and Insanity.* London, 1890. — Shaw. *Epitome of mental disease,* 1892. — Scholz. *Lehrbuch der Irrenheilkunde.* Leipzig, 1892. — A Solivetti. *Lezioni di Clinica psichiatrica.* Roma, 1892-93. — Kirchoff. *Lehrbuch des Psychiatrie.* Leipzig, 1892. — P. Sollier. *Guide pratique des maladies mentales.* Paris, 1893, — Korssakow. *Traité de psychiatrie* (en Russe), 1893. — V. Magnan. *Leçons cliniques sur les maladies mentales.* Paris, 1893 et 1897. — Sommer. *Diagnostik d. Geisteskrankheiten.* Vienne, 1894. — Odorbluth. *Compendium der Psychiatrie,* 1894. — Th. Ziehen. *Psychiatrie,* 1894. — C. Wernicke. *Grundniss der Psychiatrie,* Theil I. 1894.— J. Séglas. *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses.* Paris, 1895. — G. Ballet. « Psychoses » *in Traité de Médecine* de Charcot-Bouchard et *Leçons de Clinique médicale* (*Psychoses et affections nerveuses*). Paris, 1897. — Kéraval. *La pratique de la médecine mentale.* Paris, 1901.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE DES AFFECTIONS MENTALES

Par D. ANGLADE

Les fonctions *mentales* (perception, association des idées, jugement, raisonnement, volition), sont comme toutes les autres subordonnées à l'intégrité anatomique et physiologique de l'organe dont elles dépendent, c'est-à-dire du cerveau.

Cette notion passe aujourd'hui justement pour banale et, à vrai dire, elle est aussi ancienne que la médecine elle-même : Hippocrate ne l'ignorait point et il y avait sagement adapté sa théorie humorale. On a vu comment, à la vérité, elle s'est obscurcie au cours du moyen âge et comment quelques aliénistes voisins de nous se sont obstinés à la méconnaître. Il importe peu. Nul ne songe aujourd'hui à mettre en doute que les troubles mentaux soient aussi étroitement dépendants des altérations ou des troubles fonctionnels de l'écorce cérébrale que le sont des lésions du myocarde certains troubles circulatoires.

Ceci revient à dire que l'étiologie des affections mentales se ramène à l'étude des conditions innées ou acquises, durables ou accidentelles, qui sont de nature à entraver, passagèrement ou d'une façon prolongée, le fonctionnement régulier du *cortex*.

L'observation empirique, éclairée par l'analyse attentive et la comparaison des cas, nous a appris que ces conditions sont très variées et souvent complexes. En effet, les influences qui sont susceptibles d'apporter leur contingent d'action dans la genèse des troubles mentaux peuvent être biologiques ou sociales, intellectuelles ou morales, mécaniques ou physiques, physiologiques ou pathologiques.

D'autre part, il est d'observation courante que les mêmes causes ne produisent pas toujours les mêmes effets : une émotion violente peut déterminer, mais ne détermine pas constamment un accès de mélancolie ou de manie ; une même dose d'alcool ne provoque, chez tous les buveurs, ni la même ivresse, ni les mêmes manifestations délirantes. Qu'est-ce à dire, sinon que, pour devenir mélancolique sous l'action d'une cause morale, pour délirer sous l'influence de l'alcool, il faut être dans des conditions de prédisposition spéciales ? Une affection mentale ne se développe d'ordinaire que sur un terrain psychopathique préparé soit par *legs héréditaires*, soit par *acquisitions individuelles*.

Il faut donc tenir compte dans l'étiologie des troubles mentaux à la fois des

causes *prédisposantes* et des causes *occasionnelles*. Ce sont tantôt les unes, tantôt les autres qui ont l'importance prépondérante : la cause occasionnelle, c'est-à-dire le poison, joue le rôle principal dans les délires toxiques ou toxi-infectieux ; la cause prédisposante, au contraire, c'est-à-dire la prédisposition originelle est l'élément étiologique capital dans les psychoses constitutionnelles. Il importera toujours, en présence d'un délire, de dégager, dans la mesure du possible, la part respective qui revient dans sa genèse à chacune des influences qui ont concouru à le provoquer.

Nous avons résumé dans le tableau suivant les causes des affections mentales dans l'ordre où nous les passerons successivement en revue.

TABLEAU DES CAUSES DES AFFECTIONS MENTALES

ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE DES AFFECTIONS MENTALES

- *I. Le terrain psychopathique.*
  - *A.* Legs héréditaires.
    - 1. Hérédité directe.
    - 2. Hérédité consanguine.
    - 3. Hérédité ancestrale ou atavisme.
    - 4. Conditions défectueuses des parents au moment de la fécondation.
    - 5. Maladies de la mère pendant la grossesse.
  - *B.* Acquisitions.
    - 1. Maladies de l'enfance.
    - 2. Surmenage physique.
    - 3. Surmenage mental.
- *II. Les causes déterminantes des psychopathies.*
  - *A.* Causes biologiques et physiologiques.
    - 1. Age
      - enfance.
      - âge adulte.
      - vieillesse.
    - 2. Sexe
      - puberté / menstruation
        - flux menstruel.
        - ménopause.
      - parturition
        - grossesse.
        - accouchement.
        - lactation.
  - *B.* Causes sociales, politiques et religieuses, intellectuelles et morales.
    - 1. Éducation.
    - 2. Civilisation.
    - 3. Etat civil.
    - 4. Professions.
    - 5. Captivité, détention
    - 6. Nationalité.
    - 7. Politique, religion.
    - 8. Superstitions.
    - 9. Spiritisme, hypnotisme.
    - 10. Contagion mentale.
    - 11. Rêves.
    - 12. Emotions.
  - *C.* Causes mécaniques.
    - 1. Commotion cérébrale.
    - 2. Traumatismes cérébraux.
    - 3. Compression cérébrale.
    - 4. Interventions chirurgicales.
  - *D.* Causes physiques
    - 1. Chaleur.
    - 2. Froid.
    - 3. Lumière.
  - *E.* Causes pathologiques.
    - 1. Affections du système nerveux.
      - *a.* Cerveau
        - hémorrhagie.
        - ramollissement.
        - anémie.
        - congestion.
      - *b.* Moelle
        - sclérose en plaques.
        - maladie de Friedreich.
        - tabes dorsalis.
      - *c.* Nerfs
        - névrites
          - alcoolique.
          - saturnine.
      - *d.* Névroses
        - hystérie.
        - neurasthénie.
        - épilepsie.
        - chorée.
      - *e.* Paralysie agitante.
      - *f.* Maladie de Thomsen.
    - 2. Affections de l'appareil digestif.
      - *a.* Dyspepsie.
      - *b.* Dilatation.
      - *c.* Coprostase.
    - 3. Affections du cœur.
      - *a.* Insuffisance mitrale.
      - *b.* Insuffisance aortique.
    - 4. Affections des reins.
      - *a.* Néphrites aiguës.
      - *b.* Mal de Bright.
    - 5. Affections du foie.
      - *a.* Insuffisance hépatique.
      - *b.* Cirrhoses.

TABLEAU DES CAUSES DES AFFECTIONS MENTALES (*Suite*)

ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE DES AFFECTIONS MENTALES

II. *Les causes déterminantes des psychopathies.*

- E. Causes pathologiques.
  - 6. Maladies de la nutrition et de la peau.
    - *a.* Arthritisme en général.
    - *b.* Rhumatisme.
    - *c.* Goutte.
    - *d.* Diabète.
    - *e.* Cancer.
    - *f.* Maladies cutanées.
  - 7. Maladies du sang.
    - *a.* Chlorose.
    - *b.* Anémie.
    - *c.* Lymphadénie.
  - 8. Affections des organes.
    - *a.* De l'ouïe.
    - *b.* De la vue.
  - 9. Affections des organes génitaux.
  - 10. Affections des glandes à sécrétion interne.
    - *a.* Affections thyroïdiennes.
      - Maladie de Basedow.
      - Myxœdème.
    - *b.* Affections des capsules surrénales. Maladie d'Addison.
  - 11. Infections.
    - *a.* Aiguës.
      - 1. Délire aigu.
      - 2. Infection pneumococcique.
      - 3. Érysipèle.
      - 4. Septicémie streptococcique.
      - 5. Influenza.
      - 6. Fièvres éruptives.
      - 7. Fièvre typhoïde.
      - 8. Oreillons.
      - 9. Choléra. Fièvre jaune.
      - 10. Gonococcie.
      - 11. Rage.
      - 12. Malaria.
    - *b.* Chroniques.
      - 1. Tuberculose.
      - 2. Syphilis.
  - 12. Intoxications. Poisons.
    - *a.* Endogènes. auto-intoxications.
      - d'origine gastro-intestinale.
      - d'origine rénale.
      - d'origine cardiaque.
      - d'origine hépatique.
      - d'origine infectieuse.
    - *b.* Exogènes.
      - poisons professionels
        - plomb.
        - mercure.
        - arsenic.
        - phosphore.
      - poisons alimentaires.
        - maïs avarié.
        - champignons vénéneux.
        - oxyde de carbone.
        - sulfure de carbone.
      - poisons médicamenteux
        - morphine.
        - chloral.
        - éther.
        - haschisch.
        - hyoscine.
        - cocaïne.
        - acide salicylique
        - atropine.
        - chloroforme.
        - iodoforme.
      - Poisons nationaux.
        - alcool.
        - tabac.
        - opium.

I. — LE TERRAIN PSYCHOPATHIQUE

A. — Legs héréditaires.

« L'hérédité, dit Th. Ribot[1], est la loi biologique en vertu de laquelle tous les êtres doués de vie tendent à se répéter dans leurs descendants. » A cette définition nous préférons celle plus médicale de Le Gendre[2] : « l'hérédité est la transmission, à l'être procréé, des caractères, attributs et propriétés de l'être procréateur. »

On en est encore aux hypothèses sur le mécanisme intime qui assure cette transmission ; elle se fait, d'après Weismann[3], par l'intermédiaire des cellules reproductrices différenciées de bonne heure des cellules somatiques et, comme celles-ci sont seules exposées aux influences qui modifient l'être vivant, il en résulterait que les caractères acquis ne pourraient se transmettre. Sanson[4] n'admet pas cette conséquence de l'hypothèse de Weismann ; il reconnaît à l'hérédité le pouvoir de transmettre à la fois les caractères originels et les caractères acquis : O. Hertwig[5] la repousse aussi. D'après lui, la cellule reproductrice ne se distingue pas de la cellule somatique. Cette cellule reproductrice apporte aux éléments qui proviennent d'elle, le « capital héréditaire », composé de l'adaptation ancestrale accrue de l'adaptation individuelle récente. M. Spencer[6] partage cet avis. La solution de ce point de doctrine est d'autant plus intéressante pour nous que l'aptitude à contracter les maladies mentales est essentiellement un caractère d'acquisition. Stearns[7] pense que la cellule germe de Weismann peut transmettre cette aptitude, mais Kurella[8] repousse la conception de Weismann comme incompatible avec nos connaissances sur l'hérédité pathologique.

Quoi qu'il en soit, le rôle de l'hérédité en pathologie mentale est des mieux établi. Woods Hutchinson[9], se basant sur la statistique des asiles anglais, américains et allemands, admet la proportion de 22,6 p. 100 de maladies mentales héréditaires. Cette proportion serait beaucoup plus élevée au dire de Briscoe[10], qui a donné récemment le chiffre de 90 p. 100. « L'hérédité de

[1] Ribot. *L'hérédité psychologique*. Paris, 1882, 2e édit.

[2] P. Le Gendre. *L'hérédité et la pathologie générale*. In Traité de Pathologie générale, publié par Ch. Bouchard, 1895, t. I, p. 270.

[3] Weissmann. *Essai sur l'hérédité et la sélection naturelle*. Traduit par H. de Varigny. Paris, 1892.

[4] Sanson. *L'hérédité normale et pathologique*. Paris, 1893.

[5] O. Hertwig. *La cellule et les tissus*. Traduit de l'allemand par Ch. Julin. Paris, 1894.

[6] H. Spencer. Cité par Le Gendre, *loc. cit.*, p. 275.

[7] Stearns. Hérédité de la folie ; folies et mariages consanguins, etc. *The alienist and neurol.*, janvier 1897, et l'hérédité comme facteur dans l'étiologie de la folie. *American journal*, oct. 1897.

[8] Kurella. Récents travaux sur l'hérédité. *Centralb. f. Nervenheilk*, XVIII, N. F., VI, 1895.

[9] Woods Hutchinson. The influence of heredity in the prevention of diseases. *Med. News*, 13 janvier 1892.

[10] Briscoe. L'hérédité dans les maladies mentales. *The journ. of. Ment. Science*, oct. 1895.

l'aliénation mentale, dit Lucas [1], est d'une observation presque aussi ancienne que celle de la maladie ». « Il n'est pas de maladie, ajoute Foville [2], dans laquelle l'action de l'hérédité soit mieux démontrée. » Il nous paraît superflu d'insister sur une notion aussi universellement acceptée.

Ce qui se transmet, anatomiquement parlant, c'est, au dire d'Arndt [3], un développement imparfait d'un ou plusieurs territoires cérébraux ; c'est un vice d'organisation de quelques groupes cellulaires. Mieux vaut avouer que nous ne savons rien sur les conditions organiques du terrain psychopathologique.

La transmission des aptitudes aux psychopathies se fait par les divers modes de l'hérédité.

1. *Hérédité directe ou individuelle.* — C'est celle en vertu de laquelle les descendants héritent des caractères pathologiques de leurs ascendants directs. D'après une théorie d'origine allemande, le père transmettrait à l'enfant les éléments constitutifs de l'ectoderme, tandis que ceux du mésoderme et de l'endoderme seraient fournis par la mère : c'est là une pure hypothèse, qui ne tiendrait à rien moins qu'à affirmer l'influence exclusive du père sur l'organisation cérébrale de l'enfant, puisque le cerveau a une origine ectodermique. Il faut reconnaître toutefois qu'une statistique d'Orchansky [4] plaide en faveur de cette supposition : on y relève que les maladies nerveuses sont, de préférence, transmises par le père, que « le danger de la dégénérescence est plus grand pour les garçons des pères malades [5] ». D'une manière générale, d'ailleurs, l'état morbide des pères a une tendance à se renforcer chez les enfants, surtout chez les fils (hérédité progressive), tandis que la mère tend, au contraire, quand elle est normale, à contrebalancer les effets de la constitution pathologique du père [6]. Ensemble ou séparément, le père et la mère transmettent à l'enfant des caractères physiologiques et, dans les cas d'hérédité défectueuse, des caractères et des aptitudes pathologiques.

Les caractères physiologiques (ressemblance physique, intellectuelle et morale) sont ceux où se retrouvent le plus nettement les traits distinctifs des générateurs.

Il n'en n'est pas de même, au moins toujours, des caractères pathologiques. Si une hystérique peut engendrer une hystérique, une mélancolique intermittente une autre mélancolique intermittente, il est plus habituel que les tares transmises soient différentes de celles dont étaient affectés les agents de transmission. Les descendants d'alcooliques ou de syphilitiques, avec les

[1] P. Lucas. *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle*, etc. Paris, 1850, t. II, p. 756.

[2] Foville. *Dict. de méd. et de chirurgie prat.*, t. I, p. 517.

[3] Arndt. Cité par Déjerine in l'*Hérédité dans les maladies du système nerveux*. Th. d'agrég. Paris, 1886.

[4] Orchansky. *Etude sur l'hérédité normale et morbide.* Saint-Pétersbourg, 1894.

[5] Orchansky. *Loc. cit.*

[6] Le Gendre. L'hérédité et la pathologie générale in *Traité de Pathologie générale* de Bouchard, 1895, p. 314.

anomalies si communes de leur constitution physique ou mentale, ressemblent fort peu à leurs générateurs. C'est ce qu'on exprime en disant que l'hérédité est tantôt *similaire*, tantôt *dissemblable*. En pathologie mentale, l'hérédité similaire est l'exception, l'hérédité dissemblable la règle.

2. *Hérédité consanguine*. — On a émis sur son influence des idées très diverses. Rilliet déclare que les descendants de consanguins sont souvent des idiots, des dégénérés ou des prédisposés aux maladies mentales et nerveuses. Dans une famille observée par A. Mathieu[1], 43 rejetons de consanguins se répartissaient ainsi : 10 bizarres, 3 fous ou idiots, 3 sourds-muets, 1 suicidé. Howe[2] a observé 95 enfants issus de 17 mariages consanguins : 44 étaient idiots, 1 sourd, 1 nain. Mitchell, Cadiot, Bewin, Morris ont publié des statistiques aussi alarmantes. Au contraire, Bourgeois, Seguin, Perrier et Regnault, s'appuyant sur des faits pris dans leur propre famille, nient absolument les dangers de la consanguinité.

Tout cela prouve que la consanguinité en elle-même n'est ni bonne ni mauvaise : elle se borne à accumuler sur la tête des descendants, par suite de l'hérédité convergente, les caractères bons ou mauvais des ascendants. Mais comme il y a peu de familles où il n'y ait quelque tare, il n'est pas surprenant qu'en général les résultats de la consanguinité soient mauvais. L'histoire nous enseigne qu'elle fut une des causes de la dégénérescence de certaines races royales ou nobiliaires (famille de Charles-Quint, etc.), et elle nous montre en même temps l'heureux effet des croisements, qui concourent à la *régénérescence* en introduisant dans une lignée un sang meilleur.

3. *Hérédité ancestrale ou atavisme*. — Les tares nerveuses ou psychopathologiques accumulées par les générations successives d'une même race sont à l'état latent chez les individus qui, à un titre quelconque, sont dépositaires du patrimoine cérébral de cette race. Leurs manifestations sont capricieuses et on ignore les lois qui les régissent : on ne sait pas pourquoi telle génération échappe aux influences héréditaires néfastes qui en accablent une autre. On est parvenu seulement à préciser quelques-unes des causes occasionnelles qui déterminent l'apparition de ces dernières.

L'hérédité ancestrale peut se manifester par la réapparition, chez un descendant, d'un caractère quelconque des ascendants. C'est par le retour aux caractères ataviques de la race que Lacassagne[3] et Lombroso[4] expliquent la férocité de certains criminels. Tanzi et Riva[5] attribuent de même à l'atavisme la genèse de certaines formes de dégénérescence qui prédisposent aux maladies mentales. A l'origine d'une race ont prédominé des instincts que sont parvenues à corriger les générations successives ; les causes ordinaires des

[1] A. Mathieu. *Gaz. des hôp.*, 1890, p. 1260.
[2] Howe. Cité par Le Gendre, p. 304.
[3] Lacassagne. Cité par Le Gendre, p. 302.
[4] Lombroso. *Anthropologie criminelle*, 3 vol. Biblioth. de philos. contemp., 1891-92. Alcan, édit.
[5] Tanzi et Riva. La Paranoïa. *Riv. sper. di freniatria*, 1886, t. XII, p. 110.

maladies mentales auraient pour résultat, au dire de Tanzi et Riva, de détruire les bons effets de cette correction.

Si on laisse les hypothèses anthropologiques pour n'envisager que les faits cliniques, l'observation enseigne que l'hérédité mentale pathologique, aussi bien l'hérédité ancestrale que l'hérédité directe, peut être *similaire* ou *transformée, homœomorphe* ou *hétéromorphe*.

Les exemples d'hérédité ancestrale hétéromorphe, comme ceux d'hérédité directe, ne sont pas rares en pathologie mentale ; on a même soutenu qu'ils sont les plus fréquents. Pour être en droit de l'affirmer, il faudrait pouvoir remonter jusqu'à l'origine de la famille et établir la nature de la tare primordiale ; il ne suffit point de constater qu'un mélancolique est issu de neurasthéniques pour déclarer qu'il y a hérédité hétéromorphe ; une enquête plus complète conduirait peut-être à une conclusion toute différente. Et d'ailleurs, il est possible qu'entre les grands syndromes psychopathiques, il n'existe que des degrés : la folie systématisée (paranoia) est une forme dégénérative plus grave que ne sont les psychonévroses, mais entre les unes et les autres il y a des liens de parenté. A travers les générations successives, la prédisposition à l'une quelconque de ces maladies mentales se réalise par l'aggravation ou l'atténuation des tares psychiques : deux conjoints consanguins, qui tous deux ont été affectés de psychonévrose, pourront, par exemple, engendrer des paronoïaques (délirants à délires systématisés).

Dans la genèse de certaines formes de l'idiotie et de crétinisme, dans celle de l'imbécillité, de la débilité mentale simple, l'hérédité joue un rôle capital : le terrain se prépare dans l'ascendance ; les névroses, les psychonévroses et les intoxications s'unissent pour amener la dégénérescence de la race ; l'idiotie, dans quelques-unes de ses modalités, constitue l'expression la plus élevée de cette dégénérescence. Un idiot n'est pas toujours fils d'idiot, il n'est pas rare qu'il descende d'un alcoolique ou même d'un paralytique général ; on sait que les enfants conçus pendant l'ivresse sont plus spécialement voués à l'idiotie hydrocéphalique.

Une série de formes mentales, surtout remarquables par la présence, chez ceux qui en sont atteints, de nombreux stigmates psychiques et physiques de la dégénérescence, sont si bien sous la dépendance de l'hérédité qu'elles ont reçu le nom de *folies héréditaires*. Cette expression est mauvaise, car on ne saurait l'appliquer spécialement et exclusivement à certaines variétés d'affections psychopathiques, mais elle est exacte en ce qu'elle dénonce l'influence prépondérante des tares ancestrales dans la genèse des formes qu'elle vise. Tous les obsédés ou impulsifs, qu'on désigne du nom de dipsomanes, de pyromanes, d'onomatomanes, etc., sont des héréditaires.

Un peu plus élevés dans l'échelle de la dégénérescence héréditaire, sont les individus affectés de folie systématisée (paranoïa). A la vérité, les avis sont très partagés sur le rôle de l'hérédité dans la genèse des délires systématisés. Magnan [1], par exemple, soutient que le délire de persécution à évo-

[1] Magnan et Sérieux. Délire chronique. *Encyclopédie des aide-mémoire*, p. 39.

lution systématique ne se développe jamais que chez des sujets indemnes de tare héréditaire dégénérative. Mais la plupart des auteurs en France, ainsi qu'en en Allemagne et en Italie, considèrent la paranoïa comme une psychose de dégénérescence. L'hérédité s'y observerait, d'après Tanzi et Riva [1], dans 96 p. 100 des cas : hérédité quelquefois similaire mais le plus souvent hétéromorphe. La psychonévrose des ascendants, dit Tonnini [2], prépare la *constitution paranoïenne* des descendants et le terme de transition est la paranoïa secondaire [3].

Les folies intermittentes, périodiques ou circulaires, la folie à double forme, sont encore d'origine héréditaire. On trouve, dans l'ascendance des malades qui en sont frappés, des névroses, des psychonévroses (manie et mélancolie) et assez souvent des folies périodiques. Si, de ces formes de vésanies intermittentes, on passe aux psychonévroses, on voit se restreindre peu à peu le rôle étiologique de l'hérédité ; son action n'est plus constante comme dans l'idiotie ; elle n'y est même pas prépondérante comme dans la paranoïa ou la folie intermittente. Sans l'intervention d'une cause occasionnelle puissante, l'hérédité serait incapable de produire une manie ou une mélancolie, mais elle n'en existe pas moins et, sans doute dans tous les cas, à des degrés divers. La différence dans le degré d'influence héréditaire donne plus d'une fois la raison des variations souvent considérables qu'on observe dans l'évolution et le pronostic des psychonévroses. La mélancolie semble plus héréditaire que la manie et l'hérédité similaire y est, quoi qu'on en ait dit, assez fréquente. Dans la manie, l'hérédité hétéromorphe est nettement prédominante. Narro et Canger [4] veulent que le tempérament des ascendants influe sur la forme de psychonévrose et Canger aurait remarqué que les maniaques sont généralement issus d'ascendants jeunes, c'est-à-dire plus expansifs que les individus d'âge plus avancé qui engendreraient plutôt des mélancoliques.

Le rôle de l'hérédité dans la paralysie générale est encore discuté. Quelques auteurs persistent à considérer cette affection, « comme un membre de la vaste famille diathésique dégénérative » (Crocq [5]). Cette opinion est contestable mais l'on doit admettre, à titre exceptionnel, l'influence de l'hérédité cérébrale congestive, celle de l'hérédité hétéromorphe (hérédo-syphilis) et même, dans quelques cas rares, celle de l'hérédité similaire.

Dans la genèse de la confusion mentale, l'hérédité ne joue qu'un rôle très accessoire ; celui des causes déterminantes y est prépondérant. Cependant certaines formes avec délire et hallucinations semblent exiger l'intervention d'une prédisposition vésanique que quelquefois d'ailleurs la clinique révèle.

[1] Tanzi et Riva. *La Paranoïa.* Riv. sperim., 1884, p. 292.

[2] Tonnini. *La paranoia secondaria.* Riv. sper., 1887, vol. XIII, p. 52.

[3] Anglade. *Délires systématisés secondaires.* Rapport au C. de Marseille, 1899.

[4] Canger. *Dell eta dei genitore in rapporto alle forme di alienasione mentale.* Man. mod., 1886.

[5] Crocq. *La descendance des paralytiques généraux,* journal de Neurologie, 1899, n° 6, et Intermédiaire des alién. et neurol., 1899, n° 5, p. 107.

Les psychoses de la vieillesse, sont presque constamment explicables par une tare originelle. Si on ne trouve pas toujours cette tare dans l'ascendance, elle se révèle par contre chez les descendants, qui sous l'influence d'une aggravation progressive de la tare héréditaire ou de causes occasionnelles plus énergiques, sont plus prompts à délirer que leurs ascendants et les devancent dans la vésanie. Ces faits de manifestations anticipées de l'hérédité ne sont pas rares[1].

Les poussées délirantes accidentelles et transitoires, qui s'observent dans les maladies générales ou diathésiques, dans les intoxications ou les infections ne se font pas au hasard. Pour délirer, il ne suffit pas d'avoir la fièvre, d'avoir absorbé des boissons alcooliques, ou pris une dose donnée de belladone ou de cocaïne, il faut encore que le cerveau soit prédisposé à délirer. Les limites de résistance de l'organe dépendent de l'hérédité et varient avec elle. On voit que Trélat[2] avait raison d'appeler cette dernière la « cause des causes ».

4. — Il convient de rapprocher des influences héréditaires qu'on pourrait appeler permanentes, celles qui sont *accidentelles et temporaires*. Il n'est pas douteux que l'état dans lequel se trouve passagèrement l'un des générateurs au *moment de la conception* puisse influer sur le produit de cette conception. Ce n'est pas sans quelque raison qu'Hésiode recommandait de s'abstenir du coït au retour des cérémonies funèbres. Il est aujourd'hui bien établi que les enfants conçus pendant un accès d'ivresse du père ont des chances sérieuses de naître idiots, épileptiques ou débiles (Ch. Féré, Christian).

5. — Il faut aussi tenir compte dans la recherche des tares transmises, de l'état de la mère et des incidents physiologiques ou pathologiques qui ont pu survenir, au cours de la grossesse. Les émotions, les frayeurs, les maladies de diverses natures peuvent en effet exercer une influence fâcheuse sur le développement de l'enfant pendant la gestation. Les faits cliniques établissent que les *maladies fœtales* constituent une cause très réelle sinon très fréquente de dégénérescence (Bouchereau). Leur action est d'ailleurs facile à concevoir si l'on se rappelle qu'on arrive à déterminer aisément des monstruosités en lésant expérimentalement, chez les animaux, le produit de la conception (Dareste, Chabry, Féré).

B. — Acquisitions.

Il ne faut pas perdre de vue, en outre, que certaines circonstances ou conditions toutes personnelles aux sujets, peuvent associer leurs effets aux tares transmises pour préparer le terrain psychopathique.

De cet ordre sont les fatigues précoces de tout genre et particulièrement celles, assez rares à la vérité chez l'enfant, qui occasionnent le surmenage physique, intellectuel ou moral. Il faut aussi signaler les maladies infantiles (Lasègue, Cotard). Comme l'a fait ressortir Cotard, les dégénérés sont souvent « des congénitaux, des infantiles ou même des juvéniles; leur propre carac-

[1] Cullerre. *Traité des maladies mentales*, 1890, p. 135.
[2] Trélat. *Des causes de la folie*. Ann. méd. psych., 1856, p. 189.

tère est d'avoir été frappés pendant la période de croissance et de présenter par conséquent des arrêts de développement et des malformations aussi bien au physique qu'au moral[1]. » Pour ce qui est des maladies susceptibles d'amener ces conséquences la lumière est loin d'être faite. « On a invoqué le traumatisme d'abord, puis les maladies fébriles aiguës, la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, la diphtérie, la fièvre rémittente, la vaccine, les oreillons, la coqueluche. Il y a certainement un tri à faire parmi ces affections multiples dont l'action n'est pas, pour toutes au moins, bien établie. S'il est souvent possible de faire remonter à une maladie infantile, caractérisée notamment par de la fièvre, des convulsions, le point de départ des désordres cérébraux, il n'est pas toujours facile, tant s'en faut, d'indiquer la nature de cette maladie ; la fièvre typhoïde, pour la seconde enfance, est une des affections dont l'influence étiologique est la mieux établie (G. Ballet). »

II. — CAUSES DÉTERMINANTES DES AFFECTIONS MENTALES

A. — Causes biologiques et physiologiques.

1. *Age.* — Les auteurs sont d'accord pour affirmer la plus grande fréquence des affections mentales à l'âge adulte. Le maximum s'observerait de trente à quarante ans, d'après Esquirol, Guislain et Parchappe ; les statistiques confirment le fait : les psychoses sont, d'habitude, des maladies de l'âge adulte.

L'enfance, au dire d'Esquirol[2], serait « à l'abri de la folie. » En tout cas, les psychoses véritables s'y observent rarement. Ce que l'on rencontre chez les enfants ce sont les névroses, l'épilepsie, la chorée, l'hystérie, le somnambulisme ; c'est une irritabilité maladive, qui peut dégénérer en troubles cérébraux plus ou moins graves. « Les candidats à la folie, dit Moreau (de Tours)[3], portent en eux, dès leurs plus jeunes années, un cachet particulier, qui ne trompe pas des yeux exercés. » — « Les futurs persécutés, dit Pottier[4], sont, dès l'enfance, sombres et taciturnes, défiants et soupçonneux. » C'est vraisemblablement parmi les mélancoliques de l'avenir que se rangent ces jeunes enfants tristement remarquables par leurs tendances précoces au suicide. Les petits prodiges, qui étonnent par leurs aptitudes extraordinaires et le développement prématuré de certaines facultés, sont très souvent des déséquilibrés[5].

La *vieillesse* ne met pas complètement à l'abri des psychoses. On y observe souvent la mélancolie sous ses diverses formes, en particulier la mélancolie simple et la mélancolie anxieuse; quelquefois la confusion mentale, la manie; plus rarement on voit s'y développer des délires systématisés[6] ; la proportion

[1] J. Cotard. *Soc. méd. psychol.*, 26 janv. 1886. in Ann. méd. psychol., 1886, t. I, p. 427 et suiv.

[2] Esquirol. *Des maladies mentales.* Paris, 1888, t. I, p. 31.

[3] Moreau (de Tours). *La Folie chez l'enfant et le Pronostic des mal. ment. dans le jeune âge.* Ann. de Psych. et d'hypnologie, 1891, n° 12, p. 353.

[4] Pottier. *Les aliénés persécuteurs.* Th. de Paris, 1886.

[5] Moreau (de Tours). *Les enfants prodiges*, 1888, p. 97.

[6] Ritti. *Les psychoses de la vieillesse.* Rapport au Congrès de Bordeaux, 1896.

de ces psychoses séniles, établie à Rhinan, par Wille[1], serait de 8 p. 100. On sait en outre quelle est, chez les vieillards, la fréquence de la démence, conséquence assez commune des dégenérescences artérielles et des troubles ischémiques qui en résultent.

2. *Sexe et fonctions sexuelles.* — Les affections mentales, si l'on envisage les chiffres bruts, frappent l'un et l'autre sexe avec une fréquence à peu près égale. A l'asile de Toulouse, dans les dix dernières années, il est entré à peu près autant d'hommes que de femmes. En tenant compte de ce fait que la folie alcoolique s'observe presque exclusivement chez l'homme, que la paralysie générale est chez lui beaucoup plus commune, on est conduit à penser que les psychoses pures sont plus fréquentes chez la femme. Il en est ainsi de la mélancolie. « La femme, dit Del Greco[2], possède toujours un germe de mélancolie, qui réside dans sa plus grande émotivité et la faiblesse notoire de ses réactions volontaires. » Au reste, ses fonctions physiologiques rendent compte en partie, de la plus grande fréquence chez la femme de certaines affections mentales parmi lesquelles la mélancolie se place en bon rang.

L'influence de la *menstruation* sur les psychoses de la femme n'est pas douteuse : au moment des règles, l'anxiété mélancolique redouble d'habitude et l'agitation maniaque s'accroît. En revanche, il est contestable qu'il existe de véritables *folies menstruelles* (Ball[3], Trenel[4]). D'après Naeke[5], dont l'opinion s'appuye sur l'observation de 100 malades, la menstruation n'intervient dans l'étiologie des affections mentales qu'à titre de cause occasionnelle.

La puberté et la ménopause sont deux époques critiques favorables à l'éclosion des psychoses : au moment de la puberté, bon nombre de dégénérées se mettent à délirer; quant à la ménopause, elle favorise le développement des accès de mélancolie ou de confusion mentale[6], de certains délires de persécution ou mystiques.

La grossesse, l'accouchement, la lactation, constituent, chez la femme, des fonctions en quelque sorte physiologiques et c'est ici le lieu de signaler les troubles mentaux qui les accompagnent assez fréquemment et qu'on a englobés sous la dénomination commune de *folie puerpérale.* Ces troubles, qui n'avaient échappé ni à Hippocrate, ni à Galien et sur lesquels Puzos, Lazare Rivière, Sydenham, et plus près de nous Esquirol et Marcé[7] ont appelé l'attention, n'ont pas été toujours très exactement interprétés. En réalité, ils sont

[1] Wille. *Die Psychosen des Greisenalters.* Allg. Zeits. f. Psych., t. XXX, 1873-1874, cité par Ritti, p. 9.

[2] Del Greco. *Temperamento e carattere nelle indagini psichiatriche e d'antropologia criminale,* 1898, p. 15.

[3] Ball. *Leçons cliniques,* p. 699.

[4] Trénel. *Délires menstruels périodiques.* Ann. de gynéc. et d'obstétr. Mars 1898.

[5] Naeke. *La menstruation et son influence dans les psychoses chroniques,* Arch. f. Psych. 28, 1, 1896.

[6] Beyer (Strasbourg). *Sur une forme de confusion mentale aiguë à l'époque de la ménopause.* Arch. f. Psychiat., f. XXIX, 51, 1896.

[7] Marcé. *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices.* Paris, 1858.

quant à leur pathogénie, leur physionomie clinique et leur pronostic, très différents les uns des autres et il y a lieu d'établir parmi eux des divisions. « Il n'y a pas *une* folie puerpérale, mais *des* folies puerpérales. » (G. Ballet[1]).

Un premier groupe comprend les troubles et les psychoses qui dépendent de la prédisposition nerveuse individuelle et se développent à l'occasion d'un des épisodes de la parturition comme ils pourraient se produire dans d'autres circonstances. De ce nombre sont les *perversions instinctives*, *les obsessions* et les *impulsions* qu'on rencontre assez souvent au début ou au cours de la grossesse, ou après l'accouchement : on cite partout le cas, rapporté par Esquirol, de Marguerite Molliens qui fut prise, cinq jours après la délivrance, d'une impulsion irrésistible à tuer son enfant ; de ce nombre sont encore les accès de *manie* ou de *mélancolie* qui s'observent tantôt avant, tantôt après l'accouchement. Ces troubles et ces symptômes morbides n'ont ici rien de spécial et il n'est pas rare de les voir se reproduire ultérieurement sous l'influence d'une circonstance quelconque, chez les femmes qui en ont été atteintes une première fois au cours de la grossesse. Il faut reconnaître toutefois que la gestation crée chez la femme un état de susceptibilité nerveuse qui l'expose, plus que toute autre influence, à l'éclosion des accidents auxquels son organisation la prédispose.

Un second groupe correspond à des troubles qu'on peut considérer comme d'origine autotoxique. La femme enceinte, par suite des altérations dont le foie et le sein sont le siège, peut-être aussi sous l'influence des perturbations de la nutrition, est exposée à l'auto-intoxication, dont les accidents éclamptiques constituent l'une des manifestations. Or certains accès à forme maniaque ou à forme de confusion mentale, de la grossesse ou des suites de couches, paraissent relever des mêmes processus (Olshausen[2], Mairet et Bosc[3] Lallier[4], Régis[5], M. Dide[6]),

Enfin un grand nombre des délires qu'on observe après l'accouchement et qui revêtent la physionomie des délires scepticémiques ou confusionnels relèvent certainement d'accidents infectieux à forme aiguë, subaiguë ou prolongée (Campbell-Clark[7], Hausen[8], Faure[9]).

Il conviendrait encore de signaler certains états confusionnels avec hallucinations constituant de véritables délires d'inanition et qu'on observe quelquefois chez les nourrices placées dans des conditions d'hygiène et d'alimentation défectueuses (G. Ballet).

Rappelons enfin que dans quelques cas, la grossesse, survenant chez des

[1] G. Ballet. *Les psychoses puerpérales* in Leçons de clinique médicale. Paris, 1897.

[2] Olshausen. *Zeitsch. f. Geburtsh. und gynœk.* Stuttgard, 1891, XXI, 371.

[3] Mairet et Bosc. *Ann. méd. psychol.*, n° 1, 1892.

[4] Lallier. *De la folie puerpérale.* Th. Paris, 1892.

[5] Régis. *La psychose post-éclamptique.* Rev. gyn. de Bordeaux, 1899, p. 14.

[6] M. Dide. *La confusion mentale post-épileptique et post-éclamptique.* Tribune méd., 27 août 1898, p. 324.

[7] Campbell-Clark. *Journ. of mental science.* London, 1887-88.

[8] Hausen. *Zeitsch. f. Gebnitsh und gynœk.* Stuttgard, 1888.

[9] Faure. *Th. de Lyon*, 1888.

femmes affectees antérieurement de troubles mentaux, influe heureusement sur ces derniers[1].

Chez l'homme, comme chez la femme, l'évolution pubère favorise le développement de certaines affections mentales : elle provoque l'apparition de l'hébéphrénie[2], de la démence précoce[3], des folies dégénératives[4], etc. Il y a aussi, chez l'homme, une sorte d'âge critique, qui accentue les tendances aux psychopathies. A cette période, peuvent éclore des accès de mélancolie grave, qui tendent à se prolonger sous la forme de délires partiels mélancoliques.

B. — Causes sociales, politiques et religieuses; causes intellectuelles et morales.

1. *Éducation* — L'éducation bien dirigée est un moyen de redressement moral; elle peut corriger les dispositions héréditaires défectueuses. Par contre, une mauvaise éducation accuse et développe les tares originelles.

« Les enfants que l'on appelle des enfants gâtés, dit Lagardelle[5] se trouvent, vers l'âge mûr, dans des conditions mentales très défavorables. L'homme, habitué pendant sa jeunesse à imposer ses volontés et ses caprices, éprouve des impressions nerveuses plus vives dès qu'il rencontre des obstacles. » Ces impressions deviennent des causes de pertubations psychiques. Une éducation, dit justement Krafft-Ebing[6], ne doit être ni trop indulgente ni trop sévère. Trop de sévérité peut nuire au développement des sentiments et aggraver, chez des sujets prédisposés, des tendances mélancoliques. Un autre écueil dangereux dans l'éducation c'est le surmenage cérébral, d'autant plus redoutable qu'il est la conditon nécessaire des grandes situations sociales.

2. *Civilisation* — Les affections mentales ont progressé avec la civilisation : en Angleterre le nombre des aliénés a doublé; il s'élève partout. Dans un rapport de 1874, Constans, Lunier et Dumesnil[7], attribuent à la civilisation et aux grandes agglomérations urbaines une influence dans cette progression; il est certain que les maladies mentales sont plus fréquentes dans les grandes villes. En dix ans, la ville de Toulouse par exemple, dont la population représente un peu plus du quart de la population totale du département de Haute-Garonne, a fourni, à elle seule, près des deux tiers du nombre des aliénés admis à l'asile de ce département. Il est vrai de dire que les individus affectés de tares héréditaires ont en général tendance à se diriger vers les grandes villes, où ils trouvent d'ailleurs des causes de surmenage, de misère physio-

[1] Bartens. *Allg. Zeit. f. Psychol.*, XL. 4.

[2] W. Wille. *Die Psychosen des Pubertatsalters*, 1898.

[3] Kraepelin. *Die Ursachen des Irreseins*, in Allg. Psychiat., t. I. p. 149, 6e édit., 1899. Leipsig.

[4] Christian. *De la démence précose des jeunes gens*. Ann. med. pyscho. Janvier-octobre 1899.

[5] Lagardelle. Cité par Moreau (de Tours). *Ann. de Psych. et d'hypnol.*, 1891, p. 358.

[6] Krafft-Ebing. *Traité clinique de psychiatrie*, p. 199. Traduct. Em. Laurent, 1897.

[7] Constans, Lunier, Dumesnil. *Rapport du service des aliénés*, 1874.

logique, de contamination et d'infection qui favorisent la désorganisation de leur mentalité précaire. Il ne faut pas oublier enfin le rôle prépondérant que joue l'alcoolisme dans l'accroissement du nombre des maladies mentales, et l'alcoolisme, on le sait, est plus répandu dans les centres populeux qu'à la campagne.

3. *État civil.* — On note partout la fréquence plus grande des maladies mentales chez les *célibataires;* à la vérité, on prend peut-être l'effet pour la cause : la bizarrerie de caractère, l'originalité, toutes les tares psychopathiques éloignent du mariage plus qu'elles n'y portent, et c'est peut-être là la raison de la particularité accusée par la statistique. Le *veuvage* semble aussi favorable au développement des psychopathies.

4. *Professions.* — Aucune profession ne met à l'abri des maladies mentales : on les rencontre au haut comme au bas de l'échelle sociale. Les poètes, les artistes[1], les hommes de génie, en sont fréquemment atteints. On a même avancé, on le sait, qu'il y aurait une étroite parenté entre le génie et la folie, sous cette forme absolue l'opinion semble n'être qu'un séduisant paradoxe (A. Regnard[2]). Le travail met à l'abri de l'aliénation plus qu'il n'y expose. Toutefois quand il est excessif il peut concourir à éveiller une prédisposition latente. Les troubles mentaux sont communs chez les prostituées : la fréquence de la syphilis chez elles, les excès alcooliques auxquels elles se livrent plus encore que les abus sexuels rendent suffisamment compte du fait. Nous avons remarqué que la paralysie générale est extrêmement fréquente chez les repasseuses[3]; peut-être faut-il en chercher la cause dans la fréquence de la syphilis chez elles; peut-être aussi doit-on incriminer dans les ateliers de repassage l'oxyde de carbone, dont l'inhalation contribuerait à diminuer la résistance de la cellule cérébrale vis-à-vis des autres agents toxiques.

On a dit que les troubles mentaux sont communs chez les matelots et Pellegrini a décrit une folie des douaniers[4]. Matelots et douaniers dorment peu, mais il n'est pas vraisemblable que ce soit là, comme le pense Pellegrini, la raison de la fréquence plus grande des affections mentales chez ces derniers. L'alcoolisme doit être ici mis en cause avant tout autre élément étiologique.

Dans l'armée, les psychopathies s'observent très souvent. On sait le ravage que fait la paralysie générale parmi les officiers. Chez les jeunes soldats, on a décrit une « psychose spéciale des recrues » que Wurtzen, très documenté sur la question, n'a pas retrouvée. D'après Wurtzen, il faut chercher la véritable cause des psychoses des jeunes soldats dans leurs antécédents hérédi-

[1] Krafft-Ebing. *Loc. cit.*, p. 189.

[2] A. Regnard. *Génie et Folie. Réfutation d'un paradoxe.* Ann. méd. psychol., 1898, t. VII, p. 10, 177 et 353 ; t. VIII, p. 5 et 204 et 1899, t, IX, p. 22 et 379.

[3] D. Anglade. *Rapports de la syphilis et de la paralysie générale.* Th. de Paris, 1891.

[4] Romain Pellegrini. *La Pazzia nelle guardie doganali.* Asile provincial de Catanzaro. Girifalco, 1891.

taires ; le service militaire, avec les ennuis qui l'accompagnent, n'est après tout qu'une cause occasionnelle analogue à cent autres [1].

En temps de guerre, les militaires sont astreints à de grandes fatigues ; il ont des causes de surexcitation nerveuse spéciales. Il n'est pas surprenant que les facultés mentales fléchissent chez ceux qui y ont quelque inclination. L'état de guerre d'ailleurs relève d'une façon générale le chiffre des maladies mentales ; on en saisit la raison. Lunier [2] pense qu'on peut imputer aux événements de 1870 environ 1 800 cas de folie, parmi lesquels prédominèrent les formes mélancoliques.

5. *Captivité, détention.* — La nostalgie s'empare de tous les captifs et la nostalgie confine à la mélancolie qu'on observe aussi chez ces derniers ; la détention, sous toutes ses formes, peut être tenue pour une cause de psychopathie. Sauze [3] à la vérité ne reconnaît pas l'existence d'une *folie pénitentiaire* spéciale ; mais les recherches de Charpentier [4] et de Pietra Santa [5] ont conduit ces auteurs à des conclusions opposées. « Il y a lieu, dit Charpentier, d'admettre, chez certains prévenus ou condamnés une mélancolie spéciale, non antérieure au délit commis et sans rapport avec ce délit, liée intimement à la crainte des effets de la condamnation. » Nous pensons que la détention ne fait en pareil cas que réveiller la prédisposition psychonévrotique [6].

6. *Nationalité.* — Les nations les plus civilisées sont aussi les plus atteintes par les affections mentales. En Angleterre et dans le Nord de la France, l'alcoolisme fait des ravages considérables. En Norvège l'émigration expliquerait l'accroissement de la folie [7]. Dans la haute Italie, la pellagre, qui tient à une intoxication alimentaire, est une cause fréquente de psychopathie. En Turquie, en Espagne, aux États-Unis, au Mexique, les troubles mentaux s'observent plus rarement [8]. On ne peut, il est vrai, établir de comparaisons précises, parce que les cas ne sont pas relevés avec la même exactitude dans tous les pays.

7. *Politique. Religion.* — On sait à quel degré les luttes politiques et religieuses surexcitent les esprits et troublent les intelligences. Il est pénible de rappeler la part qui revient à cette excitation morbide dans une foule d'évé-

[1] C.-H. Wurtzen. *Bidrag til Kundskab am Sindssygdamme has danske værnepligtige*. Nordiskt medicinskt Arkiv, n° 12, 1898 (100 p., 40 obs. orig.).

[2] Lunier. *De l'influence des grandes commotions politiques et sociales sur le développement des maladies mentales.* Ann. méd. psych., 1874, t. X, p. 385.

[3] Sauze. *Recherches sur la folie pénitentiaire,* cité par Pietra Santa.

[4] Charpentier. *Ann. médico-psychol.,* t. XII, n° 1, cité par Pietra Santa.

[5] Pietra Santa. *La mélancolie pénitentiaire,* in Ann. de psych. et d'hypnol., 1891, n° 3, p. 65.

[6] Aug. Voisin. *Sur l'état intellectuel des détenus dans les établissements pénitentiaires de Belgique.* Acad. de méd. Paris, séance du 26 juin 1888.

[7] *Sur la fréquence des maladies mentales en Norvège.* Norsk magasin for Lagewidenshal, 4 R XIII, Bd n° 9, 1898.

[8] Esquirol. *Traité des Mal. ment.,* t. I, p. 52.

nements douloureux ou sanglants, que l'histoire a enregistrés. Les révolutions sont souvent l'œuvre d'esprits robustes, mais elles rompent l'équilibre mental trop instable des esprits faibles, qui s'abandonnent alors trop aisément à leurs impulsions et à leurs instincts. Ces déséquilibrés deviennent, à l'occasion, les principaux acteurs des drames révolutionnaires (Laborde)[1]. Les commotions politiques provoquent aussi de véritables accès de mélancolie ou de manie, etc... « Elles ne sont pas, dit Esquirol[2], des causes prédisposantes, mais des causes excitantes. Tel individu, que les passions révolutionnaires rendirent aliéné, le fût devenu il y a deux siècles, par la crainte des sorciers et du diable. »

Le mysticisme superstitieux fut, au moyen âge, la source d'épidémies de psychopathie démoniaque. Mais les religions, en général, ne sont pas des causes réelles de maladies mentales. On a accusé les prédications de bouleverser les esprits, d'y faire naître des scrupules et des vocations maladives. En réalité, les orateurs religieux les plus persuasifs n'alarment que les consciences débiles et ne dirigent vers le cloître et la séquestration volontaire que les caractères faibles. La foi religieuse, sous toutes ses formes, est d'ailleurs, il faut bien le reconnaître, une cause de tranquillité morale. Elle console des morts douloureuses par l'espoir d'une réunion future; elle donne l'assurance d'une vie meilleure, aidant ainsi à supporter les souffrances morales et matérielles. Malgré tout, les maladies mentales ne sont pas rares parmi les religieux; seule, la paralysie générale s'y observe peu et Bouchaud[3] n'a rencontré que 3 paralytiques sur 146 aliénés admis en vingt ans à l'asile de Lommelet.

8. *Superstitions.* — Les croyances superstitieuses, sous diverses formes, survivent à travers les progrès de la civilisation et de l'instruction. Les préjugés règnent encore dans les campagnes; on y croit aux revenants et aux sorciers. On consulte les somnambules dont les airs mystérieux frappent l'imagination et quelquefois la bouleversent. G. Encausse[4] raconte l'histoire d'une femme qui devint mélancolique, hypochondriaque, parce qu'un sorcier lui avait affirmé qu'elle était malade d'une maladie qui ne pouvait guérir. De Perry[5] a relaté des faits qui tendent à prouver qu'une consultation somnambulique est susceptible d'accentuer une manifestation neuro ou psychopathologique, ou même de faire apparaître des manifestations de cet ordre. Il ne faut pas oublier toutefois que la clientèle des sorciers et des somnambules se recrute en majorité parmi les sujets dont la crédulité naïve est un stigmate d'insuffisance mentale.

[1] Laborde. *Les hommes et les actes de l'insurrection de Paris devant la psychologie morbide*, 1872.

[2] Esquirol. Loc. cit., t. II, p. 54.

[3] J.-B. Bouchaud. *De la fréquence relative de la paralysie générale chez les laïques et chez les religieux.* Ann. méd.-psychol., 1891, t. XIII, p. 363.

[4] G. Encausse. *Les sorciers de village et la suggestion.* Ann. de psych. et d'hypnol. 1889, n° 6, p. 275.

[5] L. de Perry. *Les somnambules extra-lucides, leur influence au point de vue du développement des maladies nerveuses et mentales; aperçu médico-légal.* Arch. clin. de Bordeaux, n° 10, oct. 1896.

9. *Spiritisme. Hypnotisme.* — Les pratiques de spiritisme et d'hypnotisme sont capables de rompre l'équilibre mental chez les sujets dont l'esprit a quelque instabilité. Une malade de Séglas[1] devint mélancolique à la suite de tentatives d'hypnotisme dans un établissement forain. A. Voisin[2], G. Ballet[3], ont signalé des faits semblables.

10. *Contagion mentale.* — Le contact des aliénés peut-il être cause de troubles mentaux? Un préjugé trop répandu veut qu'il suffise de vivre avec des « fous » pour le devenir. Cela est fort heureusement inexact. Ce qui est vrai, c'est que le langage de certains délirants est d'apparence assez logique pour pouvoir dans quelques cas entraîner la conviction. Des hommes de jugement sain se laissent parfois « imposer un délire[4] » ; à plus forte raison, des sujets à prédisposition psychopathique[5] sont-ils exposés à accepter comme véridiques les interprétations fausses qu'on formule autour d'eux. Plusieurs formes de délire peuvent ainsi se communiquer : Meyer[6] a cité l'exemple d'un alcoolique dément qui en vint à partager les idées erronées d'un malade atteint de psychose polynévritique. Mais la plus contagieuse des vésanies est le délire de persécution ; « car c'est celui, dit F. L. Arnaud[7], qui présente le plus de vraisemblance et de logique, celui qui heurte le moins les idées reçues ».

11. *Rêves.* — Les rêves sont parfois si actifs qu'ils laissent une impression persistante après le réveil. Chez certains sujets prédisposés cette impression peut être telle que ces derniers ont quelque peine à distinguer le rêve de la réalité. On sait d'ailleurs que les rêves pénibles sont des causes puissantes d'émotion et qu'ils sont susceptibles de laisser une empreinte fâcheuse sur quelques cerveaux. On a décrit de véritables psychoses *oniriques* (de Sanctis[8]), caractérisées tantôt par des idées fixes, tantôt par une sorte de folie systématisée aiguë ou durable, tantôt par de la confusion mentale. En fait, le délire onirique est autre chose qu'un incident dans l'existence d'un rêveur ; Régis[9] lui a magistralement marqué sa place parmi les délires toxi-infectieux. Dans tous les cas, est-il besoin de le dire, la cause occasionnelle est secondée puissamment par la prédisposition psychopathique.

[1] Séglas. Observ. citée par Aug. Voisin.

[2] Aug. Voisin. *Du rôle de l'hypnotisme dans les préoccupations délirantes de certains aliénés.* Ann. de psychol. et d'hypnol., 1891, n° 6, p. 169.

[3] G. Ballet. Soc. méd. psychol. Mars 1901.

[4] F.-L. Arnaud. *La folie à deux ; ses diverses formes cliniques.* Ann. méd.-psychol., 1893, t. XVII, p. 337.

[5] Marandon de Montyel. *Des conditions de la contagion mentale morbide.* Ann. méd.-psych., 1894, t. XIX, p. 266 et 467.

[6] Meyer (Tubinge). *Beitrag zur Lehre des inducirten Irreseins.* Korsakoff'sche, Psychose Allg. Zeitsch, f. Psychiatrie, t. LV, f. 3, août 1898 (1 obs., 6 p.)

[7] F.-L. Arnaud. Loc. cit., p. 375.

[8] Sante de Sanctis. *Sui rapporti etiologici tra sogni e pazzia Deliri e Psicosi da sogni.* Riv. quindic., di psicolog. psichia. neuropatologia, 15 février et 1er mars 1898, vol I, fasc. 20 et 21, p. 310 et 321 (6 obs.).

[9] Régis. *Semaine médicale*, 1895, p. 325 et 1898, p. 332. Académie de médecine, 7 mai 1901.

12. *Émotions.* — Il n'est pas rare de trouver un ictus émotionnel à l'origine des diverses vésanies. C'est une opinion couramment répandue que les grandes douleurs morales ou les grandes joies, surtout si elles sont inopinées, peuvent amener « la folie ». Tel est le cas de la perte d'un être cher, de l'amour contrarié, des revers de fortune, des frayeurs vives. Savage[1] a appelé l'attention sur les troubles de l'esprit qui se développent « à l'occasion des fiançailles ».

C. — Causes mécaniques.

1. *Commotion cérébrale.* — Elle s'accompagne habituellement de perte de connaissance, dont la durée peut varier de quelques heures à un ou plusieurs jours[2]. Elle peut être suivie de crises d'excitation, avec désordre des idées et des actes (Boyer et Lépine[3]). « Chez les gens âgés, une commotion encéphalique, même légère, « peut déterminer une diminution de l'intelli- « gence. D'autre part, chez des individus ayant des antécédents vésaniques, « il n'est pas illogique de penser que la commotion cérébrale peut déterminer « des troubles intellectuels tels que la confusion mentale, la mélancolie » (Mauclaire[4]).

2. *Traumatismes cérébraux.* — A la suite des traumatismes craniens, on observe surtout des « états d'exaltation ou de démence ». Hartman[5], Rayner[6], Schrœter[7], plus récemment R. Smejkal[8], ont publié des observations de psychopathies traumatiques. Les contusions du crâne, les chutes sur la tête sont tenues pour des causes possibles, suffisantes ou secondaires de la paralysie générale (Vallon, Meschede[9]).

L'hystéro-traumatisme, conséquence assez fréquente des chocs de l'encéphale, peut s'accompagner, dit Pitres[10], de troubles cérébraux et notamment d'amnésie plus ou moins durable. Il reste toujours, cela va de soi, dans tous les cas de psychopathies traumatiques, à dégager la part qui revient au traumatisme

[1] Savage. *Des troubles de l'esprit développés à l'occasion des fiançailles.* Encéphale, 1888, n° 6, vol. VIII, p. 729.

[2] P. Mauclaire. *Commotions de l'encéphale et de la moelle épinière.* Presse médicale, 1899, n° 26, p. 153.

[3] Boyer et Lépine. *Commotion cérébrale : accidents nerveux suivis de mort.* Rev. de méd., 1899, 10 fév., p. 161.

[4] P. Mauclaire. Loc. cit., p. 154.

[5] Hartman. Arch. f. Psych., XV, 1.

[6] Rayner. *Un cas de folie consécutive à un traumatisme de la tête.* The Journ. of Ment. Science, oct. 1884.

[7] Schrœter. *Deux cas de blessure grave du crâne avec trouble mental.* Soc. psych. de Berlin, séance du 16 mars 1885.

[8] R. Smejkal. *Psychosa potezkém Zranèni mozku.* Casop ceskychlekar, 1889, 29.

[9] Meschede. *Paralytische Geistesstörung nach Trauma.* Allg. z. f. Psych., t. LV, p. 5, 13 fév. 1899 (12 p., 1 obs.).

[10] A. Pitres. Leçons clin. sur l'hystérie et l'hypnotisme, Paris, 1891, t. II, obs. III, p. 27.

lui-même et à la prédisposition individuelle. Le fait a une importance médico-légale de premier ordre sur laquelle Schuster [1] a très justement appelé l'attention.

Les coups sur la tête peuvent encore déterminer des fractures du crâne ou amener le développement de tumeurs cérébrales [2]. Fractures [3] et tumeurs influencent l'intelligence par le mécanisme de la compression dont il nous reste à parler.

3. *Compression du cerveau.* — La compression du cerveau, qu'elle s'exerce sur les parois ventriculaires ou à la surface de l'écorce, peut occasionner des troubles mentaux : l'hydrocéphalie est une cause d'idiotie ; la suture prématurée des os du crâne a été longtemps regardée comme susceptible, elle aussi, de provoquer cette affection, d'où l'idée de la craniectomie pour y remédier. Mais on sait aujourd'hui combien la théorie et son application étaient erronées (Bourneville [4]).

Les esquilles osseuses, les tumeurs cérébrales et les abcès du cerveau sont des causes certaines de troubles mentaux. D'ordinaire on observe de la torpeur et de l'obtusion ; mais, quand la compression s'exerce sur un cerveau en imminence de délire, c'est le délire qu'elle détermine. Chez une malade affectée d'un sarcome angiolithique de la dure-mère, consécutif à un coup sur la tête, nous avons vu des accès périodiques d'exaltation maniaque survenir à la suite du traumatisme, concurremment avec le développement de la tumeur [5].

Gianelli [6], récemment, a rapporté un certain nombre d'observations de troubles cérébraux apparus sous l'influence de néoplasmes encéphaliques.

4. *Interventions chirurgicales.* — Toute opération chirurgicale peut donner lieu à des intoxications médicamenteuses, par le chloroforme ou l'iodoforme, par exemple, ou être suivie d'infection septicémique. L'intoxication et l'infection sont susceptibles d'occasionner des délires, qui ne relèvent qu'indirectement de l'opération elle-même. Mais, en outre de ces délires, on peut voir (Picqué [7]) se développer, 4 ou 5 jours après l'acte opératoire, des accès maniaques ou mélancoliques, qui constitueraient de véritables psychonévroses post-opératoires ; la nature de l'opération influe d'ailleurs (Briand et Picqué [8]) sur l'apparition de ces psychoses : les interventions gynécolo-

[1] Schuster. *Die Untersuchung und die Begutachtung bei traumatischen.* Erkrankungen des Nervensystems. Berlin, chez Karger. 1899.

[2] Anglade. Comm. à la Soc. de méd. de Toulouse. Déc. 1898.

[3] Azeilza. *Le délire dans les fractures du crâne.* Riv. de medic. y cirurgia, 576, 1899.

[4] Bourneville. Congrès de Blois, 1892.

[5] Anglade. Soc. méd. de Toulouse.

[6] Gianelli. *Gli effetti diretti ed indiretti dei neoplasmi encefalici nille fonzioni mentali.* Policlinico, 15 juillet 1897.

[7] Picqué. *Du délire psychique post-opératoire.* Ann. méd.-psych., août 1898, t. VIII, p. 91.

[8] Briand et Picqué. *Des psychoses post-opératoires. Du rôle que la nature de l'opération chirurgicale peut jouer dans leur production.* Ann. méd.-psych., oct. 1898, t. VIII, p. 249.

giques, la laparatomie, favorisent particulièrement l'éclosion de la mélancolie sous ses diverses formes. Mais l'opération n'intervient ici qu'au titre de cause occasionnelle et la prédisposition héréditaire reste, en dehors de l'infection et de l'intoxication, la cause dominante des prétendues psychoses post-opératoires (Rayneau [1]).

Duplay récemment est arrivé à des conclusions analogues [2].

D. — Causes physiques.

1. *Chaleur.* — Le coup de chaleur détermine parfois la perte de connaissance et peut laisser après lui « un certain degré d'affaiblissement intellectuel [3] ». Mais, au dire de R. Victor [4], des troubles psychiques plus graves, de véritables psychoses, peuvent en être la conséquence : c'est ainsi qu'il serait susceptible d'occasionner l'agitation maniaque aiguë, plus rarement la mélancolie, la démence aiguë, la stupidité. Ces troubles s'observent assez souvent chez les individus exposés par leur profession aux températures élevées, chez les boulangers, chez les chauffeurs de navires, etc. Mais la fatigue et l'alcoolisme contribuent certainement pour une bonne part à leur genèse.

2. *Froid.* — L'action prolongée du froid affaiblit les forces physiques et morales [5]. Elle peut amener la mort après une période plus ou moins longue de léthargie avec arrêt des fonctions cérébrales. Ces accidents seraient attribuables à la congestion cérébrale, d'après Moricheau[6], Beaupré et quelques autres ; elle résulterait au contraire de l'anémie cérébrale d'après Walther ; tantôt de congestion et tantôt d'anémie d'après Horwatt et Laveran. On connaît le cas rapporté par Calmeil de trois filles qui, après avoir supporté en voiture un froid rigoureux, devinrent brusquement stupides. Calmeil ajoute « que Bartholin fit couvrir, avec des peaux de mouton, la tête de ces filles, dont l'état stupide persistait depuis 14 jours ; les fonctions de l'âme ne tardèrent pas à reprendre leur ancienne liberté [7] ».

3. *Lumière.* — On sait l'effet produit sur certaines hystériques par une lueur vive et son action cataleptisante. On n'ignore pas d'autre part que la lumière rouge, utilisée dans certaines industries (fabrique de plaques photographiques), exerce, sur le système nerveux des ouvriers, une action excitante, qui lui a fait préférer la lumière verte. C'est en considération de ces faits qu'on a songé à utiliser les rayons colorés dans le traitement des affections mentales.

[1] Rayneau. *Les troubles psychiques post-opératoires.* Congrès d'Angers, 1898.
[2] Duplay. *De la folie post-opératoire.* Presse médicale, 28 juin 1899, p. 305.
[3] P. Le Noir. In Traité de Pathologie générale de Ch. Bouchard, t. I, p. 629.
[4] R. Victor. Allg. Z. f. Psych. XL. 1 et 2.
[5] R. Pictet. Rev. scientif. 4 nov. 1893. Acad. des sciences, 1894.
[6] Cités par Le Noir, in Traité de Pathol. génér. de Bouchard, 1895, p. 632.
[7] Calmeil. *De la folie,* t. II, p. 225.

Le coup de soleil, qui diffère du coup de chaleur en ce que son action porte presque exclusivement sur la tête, en diffère aussi peut-être en ce que l'influence de la lumière vive s'y ajoute à celle de la température.

R. Victor [1] a recueilli 15 cas de psychoses attribuables à ses effets : dans 5 de ces cas, la prédisposition héréditaire était notoire, et dans un, au contraire, le coup de soleil a paru être la cause unique des troubles observés et qui revêtaient la physionomie d'accidents mélancoliques.

4. *Pression barométrique.* — Les variations accusées de la pression atmosphérique ne sont pas sans influer sur le cerveau. On sait à cet égard les troubles qu'éprouvent les touristes et les aéronautes, lorsqu'ils s'élèvent aux grandes altitudes.

E. — **Causes pathologiques.**

Toutes les maladies générales sont susceptibles de s'accompagner de troubles mentaux au prorata de la tendance qu'elles ont à localiser leurs manifestations sur le cerveau. Les infections aiguës ou chroniques, les intoxications d'origine externe ou les auto-intoxications, les lésions viscérales qui entravent les échanges et la dépuration de l'organisme, ou celles qui intéressent directement la substance nerveuse, sont dans ce cas. C'est ce que va montrer une revue rapide.

I. — Affections du système nerveux

a. *Affections du cerveau.* — Toutes les affections de l'hémisphère cérébral sont susceptibles de retentir sur les facultés intellectuelles. Nous avons déjà signalé les troubles psychiques dus aux traumatismes ou aux tumeurs encéphaliques. Il nous reste à parler des désordres qui peuvent résulter de l'anémie ou de la congestion, de l'apoplexie, de l'hémorrhagie ou du ramollissement du cerveau.

L'*anémie cérébrale* a été souvent incriminée. On lui a imputé tour à tour les troubles mentaux des neurasthéniques, ceux des mélancoliques et des confusionnels ; on lui a aussi attribué les hallucinations qui s'observent à la suite de l'abstinence prolongée, comme chez les naufragés de la Méduse et de la Ville de Saint-Nazaire. On ne saurait dire la part exacte qui lui revient dans la symptomatologie de ces affections. Il semble cependant qu'on soit en droit de lui attribuer, dans quelques cas, la torpeur de la mémoire, l'inaptitude au travail et, chez quelques vieillards athéromateux, des états de confusion mentale [2].

Le rôle de la *congestion cérébrale* est encore moins bien défini. On a parlé d'une forme délirante de ce processus, caractérisée par de l'agitation au début,

[1] R. Victor. Allg. Z. f. Psych. XL, 1, 2.

[2] Brissaud. *Maladies de l'encéphale*, in Traité de méd. Charcot-Bouchard-Brissaud, t. VI, p. 136.

des cauchemars et des hallucinations, du délire des actes [1]. Mais il est rare que la symptomatologie dont il s'agit ne puisse être rapportée pour une part à l'intoxication, particulièrement à l'intoxication alcoolique.

L'*apoplexie*, consécutive à une inondation des ventricules ou à une oblitération vasculaire importante, suspend les fonctions psychiques. Les petits foyers d'hémorrhagie ou de ramollissement se comportent moins brutalement : ils ne suppriment pas l'activité cérébrale ; mais ils amènent des modifications plus ou moins profondes du caractère et de l'intelligence. Les malades deviennent puérils, émotifs et irritables ; leurs facultés peuvent s'affaiblir et, chez quelques-uns, se montrent des idées de ruine, de négation ou de persécution, dont l'aboutissant, si les foyers se multiplient, peut être la démence.

Le délire est la règle dans les affections des méninges : toutes les méningites en effet s'accompagnent d'excitation intellectuelle, d'hallucinations terrifiantes de la vue et souvent même de coma. « Les phénomènes délirants, dit G. Guinon [2], ne manquent que dans les cas exceptionnels où les lésions sont uniquement localisées à la base, ou bien lorsque l'évolution foudroyante de la maladie aboutit presque aussitôt au collapsus terminal et à la mort. »

b. *Affections de la moelle.* — Dans la *sclérose en plaques*, on n'observe pas de véritables psychopathies ; mais on constate d'habitude le rire spasmodique involontaire, et quelquefois un affaiblissement léger de l'intelligence ; la physionomie souvent prend une « expression niaise et enfantine [3] ». Quant aux cas dans lesquels surviennent des troubles plus marqués, tels que délire des grandeurs ou démence complète, il est loin d'être certain, dit M. P. Marie [4], qu'ils relèvent toujours de la sclérose en plaques.

Chez les individus atteints de *maladie de Friedreich*, l'intelligence, originellement débile, continue souvent à s'affaiblir.

Dans le *tabes*, la torpeur des facultés intellectuelles, l'affaiblissement de la mémoire, les modifications du caractère ne suffisent point à légitimer la création d'une folie tabétique admise par quelques auteurs (Dieulafoy [5]). Aux symptômes ordinaires du tabes peuvent s'associer de la mélancolie anxieuse [6], des idées de persécution, et, dans les cas de lésion du nerf optique, des hallucinations visuelles [7]. On a prétendu que le tabes pouvait dégénérer en paralysie générale. La chose n'est pas impossible ; mais, dans la majorité des faits qu'on a interprétés de la sorte on avait affaire à des cas de paralysie générale à début médullaire et non au véritable tabes.

c. *Affections des nerfs.* — Les altérations des nerfs entravent les percep-

[1] Brissaud. Loc. cit., p. 142.

[2] Georges Guinon. *Maladies des méninges*, in Traité Charcot-Bouchard, t. VI, p. 536.

[3] Pierre-Marie. *Maladies intrinsèques de la moelle épinière*, in Traité de méd. déjà cité t. VI, p. 359.

[4] *Ibid.*

[5] Dieulafoy. Manuel de pathologie interne, 1897, t. II, p. 262.

[6] Rey. Ann. méd. psych. 1875. XIV, 185.

[7] Rougier. *Essai sur la lypémanie et le délire des persécutions chez les tabétiques.* Th. de Lyon, 1882.

tions sensitivo-sensorielles; on conçoit donc qu'elles puissent influencer et troubler le fonctionnement psychique[1]. Les sensations qui arrivent au cerveau sont dénaturées, et peuvent devenir la cause d'interprétations délirantes. Ainsi s'expliquent sans doute quelques-uns des troubles psychiques qui accompagnent les *névrites,* et qui trouvent leur plus haute expression dans la psychose polynévritique. On sait d'ailleurs que ces lésions des nerfs résultent d'intoxications ou d'infections qui portent d'autre part leur action nocive sur l'écorce, y déterminent des altérations (G. Ballet) dont l'expression clinique est la cérébropathie toxémique de Korsakow.

Les douleurs névralgiques, par leur intensité et leur prolongation, occasionnent quelquefois un état de dépression et de découragement dont le suicide est la conséquence. Chez les prédisposés, d'après Salvolini[2], les névralgies seraient susceptibles de déterminer des états psychopathiques : cet auteur rapporte le cas d'une dégénérée chez laquelle une affection de cet ordre faisait éclater périodiquement des accès d'excitation et de dépression avec confusion mentale.

d. *Névroses.* — Nous ne parlerons pas ici des névroses au cours desquelles on relève souvent des troubles psychopathiques, qui tantôt font partie intégrante de la symptomatologie de ces dernières, tantôt constituent des manifestations simplement associées. On trouvera ce qui les concerne aux chapitres de cet ouvrage qui leur sont spécialement consacrés.

II. — Affections de l'appareil digestif

Les affections de l'appareil digestif retentissent souvent sur l'activité psychique. Chez les dyspeptiques le caractère se modifie : ils deviennent hypochondriaques, ombrageux, leur intelligence est paresseuse. Tous les auteurs et notamment Beau[3], Germain Sée[4], Leven[5], font mention de ces symptômes; Duchon-Doris[6] indique comme se rattachant à la dilatation de l'estomac, la torpeur psychique avec hypochondrie, l'insomnie avec hallucinations et cauchemars. « Les hallucinations du dyspeptique, dit Bouchard[7], sont solennelles et silencieuses. Le malade voit défiler lentement des personnages; ce sont des processions civiles ou religieuses. Chaque personnage s'approche sans bruit, regarde le patient sans dire un mot et disparaît en silence. » Mais ce qui domine dans ces affections, c'est toujours la dépression

[1] Anglade *Les névrites périphériques des aliénés.* Rev. neurol., 1899, n° 18, p. 605.

[2] Salvolini. *Contributo clinico alla conoscenza delle Difrenie nevralgiche.* Riv. quindici. di psicol. psichia. neuropatol., 15 déc. 1898. An. II, vol. II, fasc. 16, p. 245.

[3] Beau. *Traité des dyspepsies.* Cité par Régis : *Auto-intoxications et délires,* p. 4.

[4] Germain Sée. *Traité des dyspepsies gastro-intestinales.* Cité par Régis. *Ibid.*

[5] Leven. *Estomac et cerveau.* Paris, Masson, 1887.

[6] Duchon-Doris. *De quelques troubles cérébraux liés à la dilatation de l'estomac,* th. de Paris, 1887.

[7] Bouchard. *Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies.* Paris, Savy, 1887.

morale, qui peut aller, d'après Head[1], jusqu'aux idées de suicide; ce sont les accès d'anxiété, les phobies, les obsessions, tous symptômes auxquels Alt[2] a proposé de donner le nom de *névroses gastriques*, Herzog[3] celui de *névroses réflexes digestives*.

Les affections gastro-intestinales peuvent d'ailleurs provoquer des désordres mentaux beaucoup plus graves. Il suffira pour s'en convaincre de parcourir les publications récentes de Régis et Chevalier-Lavaure[4], de Hamilton[5], de Sölder, de Séglas. Il résulte de ces travaux que les affections gastro-intestinales jouent le rôle de cause occasionnelle à l'égard des vésanies héréditaires et aussi qu'elles peuvent créer, de toutes pièces, certains états de confusion mentale. Nous avons relaté ailleurs un cas dans lequel une gastropathie avait été la cause immédiate d'un accès de mélancolie délirante chez un prédisposé ; on trouve des faits analogues dans le mémoire de Alt[6]. Quant à la confusion mentale, les observations de Séglas[7] et de Régis[8] prouvent surabondamment qu'elle peut succéder à des troubles gastriques et en dépendre ; elle est même la psychose par excellence des intoxications gastro-intestinales comme d'ailleurs de toutes les intoxications ou infections ; car c'est par l'intermédiaire d'une auto-intoxication que les affections de l'estomac et de l'intestin retentissent sur le cerveau.

En effet, les dyspepsies et la dilatation de l'estomac (Bouchard[9]) favorisent la formation des poisons organiques; la coprostase d'autre part (Sölder[10]), peut occasionner un empoisonnement aigu par un mécanisme que Feyat[11] a bien étudié.

L'*helminthiase intestinale* joue quelquefois un rôle dans la genèse de certaines psychopathies. Esquirol[12] avait déjà relevé le fait. Franck[13], bien

[1] Head. *Etats nerveux associés aux maladies viscérales chez les sains d'esprit.* Mental. Science, janv. 1896.

[2] Alt. *Ueber das Entsehen. Von Neurosen und Psychosen auf dem Boden von Chronischer Magenkrank.* Arch. f. Psychi., 1892, XXIV, 2.

[3] Herzog (Mayence). *Ueber die Ablœsengigkeit gewisser Neurosen u. Psychosen von Erkrankungen des Magen-Darmtractus.* Arch. f. Psych., t. XXXI, f. 1 et 2, 1898 (35 p., 14 obs.).

[4] Régis et Chevalier-Lavaure. *Des auto-intoxications dans les maladies mentales.* Rapport au Congrès des Aliénistes de la Rochelle 1893. Régis, *Auto-intoxications et délires*, 1898. Mémoire présenté pour le prix Aubanel à la société médico-psychologique.

[5] Anglade. *Délires systématisés secondaires*, C. de Marseille, p. 97.

[6] Alt. *Gastropathies considérées comme causes de psychoses.* Arch. de neur., 1894, n° 84, p. 144.

[7] Séglas. *Auto-intoxication et délire.* Presse médicale, VI[e] année, t. II, n° 107, 31 déc. 1898, p. 373.

[8] Régis. *Note sur les délires d'auto-intoxication et d'infection.* Presse médicale, VI[e] an., t. II, n° 64, 3 août 1898, p. 57.

[9] Bouchard. *Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies.* Paris, 1897.

[10] Solder. *Psychoses aiguës mortelles par coprostase.* Wiener klin. Woch., 1897, et jahrb. f. Psych., vol. XVII, fasc. 1 et 2. 1898, p. 174.

[11] Peyat. *Constipation chez les aliénés et phénomènes toxiques qu'elle provoque.* Th. de Lyon, 1890.

[12] Esquirol. *Traité des maladies mentales.* 1838.

[13] Franck. *Praxis medica*, t. II, p. 741.

avant lui, attribuait la fréquence de la manie chez les Juifs de Lithuanie à la présence d'ascarides dans l'intestin. Morel[1] raconte l'histoire d'une dame, devenue excentrique et bizarre, dont l'état mental s'améliora subitement après l'expulsion d'un tænia. Les faits de cet ordre mériteraient d'être revisés et examinés de plus près. En tout cas il n'est pas douteux que le tænia soit quelquefois l'occasion de l'éclosion d'accidents épileptiques qui d'ailleurs tantôt disparaissent, tantôt persistent après son expulsion.

III. — Affections du cœur

On n'ignore pas que les cardiaques présentent souvent des troubles du caractère ; ils sont tour à tour irritables ou mélancoliques. Mais la question est de savoir si les affections du cœur peuvent engendrer de véritables psychopathies ; sur ce point divers auteurs ont émis un avis (d'Astros[2], J. Nickle[3], Fauconneau[4], Huchard[5]). D'Astros affirme que les maladies cardiaques sont capables de déterminer, chez les sujets prédisposés, une forme spéciale de folie : la *folie cardiaque,* tantôt dépressive, avec idées de suicide, tantôt délirante. Les caractères de cette psychose varieraient d'ailleurs avec la nature de la lésion ; c'est ainsi que, chez les aortiques, l'excitation et l'irritabilité seraient habituelles, tandis que la dépression mélancolique s'observerait chez les mitraux. Par contre, Dobrotsworski[6] a vu des aortiques anxieux. Il faut distinguer, croyons nous, dans les psychopathies des cardiaques, d'une part, celles qui surviennent sous l'influence d'une prédisposition antérieure et que l'affection locale ne fait qu'éveiller : c'est le cas de certains délires de persécution qui se manifestent à l'occasion d'une affection valvulaire, chez des individus à constitution cérébrale paranoïenne ; d'autre part, les troubles mentaux qui sont étroitement liés aux désordres circulatoires et aux diverses causes d'auto-intoxication (renouvellement insuffisant du sang et de la lymphe dans le cerveau, insuffisance rénale, insuffisance hépatique). Ils se développent particulièrement à la période avancée des lésions myocarditiques ou valvulaires et le plus souvent, consistent en torpeur cérébrale, abattement, état de confusion des idées. Parfois on observe des emportements, des sortes d'impulsions avec tendance au suicide. Il n'est pas très rare de rencontrer des hallucinations auditives ou visuelles qui peuvent être le point de départ d'idées de persécution. Certains malades s'imaginent qu'on parle dans leur cœur. Tous ces troubles sont essentiellement rémittents : ils suivent d'ordinaire les exacerbations et les améliorations de l'affection cardiaque.

[1] Morel. *Maladies mentales,* 1852, t. I, p. 252.

[2] D'Astros. *Etude sur l'état mental et les troubles psychiques des cardiaques.* Th. de Paris, 1881.

[3] J. Nickle. *On insanity in its relation to cardiac and aortic disease.* London, 1888.

[4] Fauconneau. *De la Folie d'origine cardiaque.* Th. Paris, 1890.

[5] Huchard. *Le cerveau cardiaque.* Bull. méd. 1891.

[6] S. Dobrotsworski. *Les maladies du cœur comme cause des psychoses.* Conférence à la clin. neurol. de Pétersbourg, 10 déc. 1898 ; Vratch, 1899, p. 318.

Les circonstances dans lesquelles ils se montrent, l'évolution et dans une certaine mesure, la physionomie qu'ils présentent, leur assignent une place un peu spéciale dans le groupe des psychopathies auto-toxiques. Mais elles ne sauraient légitimer la création d'un groupe à part, qui constituerait *la folie cardiaque*, comme le voudraient d'Astros[1], et plus récemment Fischer[2] et Eichhorst[3].

IV. — Affections des reins

« Les maladies des reins, disait Griesinger[4], ne paraissent pas avoir une grande importance dans l'étiologie des maladies mentales et personne ne rangera les symptômes cérébraux de la maladie de Bright parmi les maladies mentales. » On ne pense pas de même aujourd'hui. En ces vingt dernières années, la question des troubles mentaux liés aux affections des reins a été très étudiée et très remaniée. La « folie brightique » a fait l'objet de nombreux travaux ; rappelons ceux de Leidesdorf, Jolly, Clouston et Hagen[5] dont les observations tendent à prouver que le brightisme aigu ou chronique peut donner lieu à des psychopathies mélancoliques ou alternativement maniaques et mélancoliques. Mentionnons aussi les recherches de Bouvat[6], de Dieulafoy[7], Raymond[8], Joffroy[9]; les thèses de Florant[10] et Spigaglia[11]. Tous les auteurs sont d'accord pour affirmer l'importance et, dans quelques cas, la gravité des troubles mentaux qui compliquent les affections rénales. Les divergences portent seulement sur l'interprétation de ces troubles. Florant et Spigaglia ne les considèrent que comme des variétés de délires toxiques plus ou moins aigus. Joffroy distingue parmi eux des vésanies développées à l'occasion du brightisme et des psychoses vraiment brightiques; Dieulafoy décrit une *folie urémique* caractérisée tantôt par de l'agitation et des hallucinations, tantôt par de la torpeur. « Quelquefois, dit-il[12], c'est la forme lypémaniaque qui domine. Le malade a l'œil éteint, la figure impassible. Il est muet et résigné. »

Toutes ces opinions renferment, nous semble-t-il, une part de vérité. Il est

[1] D'Astros. Loc. cit.

[2] J. Fischer. *Ueber Psychosen bei Herzkranken.* Allg. Zeitsch. f. Psych., LIV Bd, 6 Heft, p. 1060.

[3] Eichhorst. *Délires toxiques dans les maladies du cœur.* Deutsche medizinische Wochenschrift, 28 juin 1898.

[4] Griesinger. *Traité des malad. ment.* Trad. Doumic, 1865, p. 235.

[5] Hagen (d'Erlangen). *Des maladies des reins considérées comme causes d'aliénation mentale.* Allg. Zeits. f. Psych. u. psych. gerichtl. Medicin. XXXVIII, 1.

[6] Bouvat. *Essai sur l'urémie délirante.* Th. de Lyon, 1883.

[7] Dieulafoy. *De la folie brightique* (Soc. m. hôp., 10 juin 1883). *Contrib. à l'étude clin. et expérim. de la maladie de Bright sans albuminurie* (Soc. méd. hôp., 11 juin, 22 oct. 1886).

[8] Raymond. *Sur certains délires simulant la folie survenus dans le cours de néphrites chroniques.* Arch. gén. de méd., mars 1882.

[9] Joffroy. *La folie brightique.* Bull. méd., fév. 1891.

[10] Florant. *Des manifestations délirantes de l'urémie (folie brightique).* Th. de Paris, 1891.

[11] Spigaglia. *De la folie urémique ou folie rénale.* Genève, 1891.

[12] Dieulafoy. *Manuel de pathologie interne,* 1897, t. II, p. 82.

exact que les néphrites aiguës sont capables de donner naissance à des délires toxiques, et il n'est pas douteux d'autre part que l'albuminurie détermine parfois l'éclosion de vésanies chez des sujets prédisposés. Il est également vrai que les psychoses du brightisme se présentent tour à tour sous la forme d'états maniaques ou stupides, de mélancolie avec idées de persécution [1], de délires hallucinatoires. Mais ces divers troubles psychopathiques ne paraissent constituer autre chose que les aspects divers d'états de confusion mentale développés sous l'influence de l'auto-intoxication brightique [2]. En réalité il n'y a pas plus une folie brightique spéciale qu'il n'y a une véritable folie cardiaque : le brightisme, comme les affections du cœur, ne fait qu'éveiller la prédisposition latente et provoquer l'éclosion d'une psychose constitutionnelle, ou conditionner une intoxication d'origine endogène avec la symptomatologie mentale qui révèle d'ordinaire ces sortes d'intoxications.

V. — Affections du foie

Elles ont été, de tout temps, considérées comme des causes possibles de troubles mentaux. L'hypochondrie des anciens dépendait des lésions de cet organe ; et on n'a pas perdu l'habitude de dire des esprits chagrins qu'ils « se font de la bile » ; c'est à la bile en effet et aux humeurs atrabilaires, que les médecins eurent longtemps la tendance d'imputer les psychopathies. Mais si la pathogénie des anciens était insuffisante et sommaire, leur observation n'était pas toujours en défaut et les recherches modernes ont montré qu'ils n'avaient pas constamment tort en rapportant certains troubles mentaux au désordre des fonctions hépatiques. Déjà en 1821, Delaye et Foville [3] appelaient l'attention sur la coïncidence, chez une femme, de crises de mélancolie et de poussées d'ictère. Hammond [4], plus tard, insistait sur les troubles mélancoliques et hypochondriaques qui accompagnent les abcès du foie ; Mairet [5], de son côté, a relevé la coexistence de la mélancolie et de la congestion hépatique ; Grilli [6], il est vrai, ne croit guère à la relation des troubles psychiques avec les lésions du foie, mais son opinion ne manque pas de contradicteurs. Charrin [7], dans un cas de cirrhose, a constaté la diminution notable de l'activité psychique ; dans une cirrhose atrophique, il a vu un délire vespéral avec hallucinations ; il a noté de la confusion mentale dans un cas de cancer pri-

[1] De Fleury. *Accidents nerveux au cours du petit brightisme.* Acad. de méd. ; séance du 31 oct. 1899. Semaine médicale, 1899, n° 46, p. 364.

[2] Guelon. Thèse de Bordeaux, 1898.

[3] Delaye et Foville. *Nouveau journal de médecine.* Septembre 1821.

[4] Hammond. *Abcès du foie, leur association avec l'hypochondrie et leur traitement.* Anal. par Hénocque, Gazette hebdomadaire, 1880.

[5] Mairet. Cité par Régis et Chevalier-Lavaure. *Des auto-intoxic. dans les mal. ment.* Congrès de la Rochelle, 1893, p. 81.

[6] P. Grilli. *La cirrossi epatica si trova molto raramente nei pazzi.* Sperimentale, mai 1889.

[7] Charrin. *Maladies du foie et folie.* Société de Biologie, 30 juillet 1892.

mitif du foie. Klippel[1], d'autre part, a constaté, au moyen de l'analyse spectroscopique, que les variations de l'urobiline sont en rapport, chez certains aliénés, avec le plus ou moins d'intensité des troubles mentaux ; il en conclut que ces derniers sont sous la dépendance de l'insuffisance fonctionnelle du foie. Cette insuffisance fonctionnelle peut se traduire par une sorte d'exaltation maniaque, avec conceptions vaniteuses. En fait, comme l'a noté Régis[2], on a affaire, là encore, à l'une ou l'autre des formes de la confusion mentale. Klippel[3] attribue aussi à l'insuffisance hépatique les rêves prolongés, les hallucinations, le délire des alcooliques. Il n'est pas douteux que les lésions et les troubles du foie ne jouent un grand rôle dans la genèse de beaucoup de troubles mentaux : Oordt[4] a constaté la glycosurie alimentaire au cours des névroses et de certaines affections du cerveau. Le fait, s'il était vérifié, prouverait que le fonctionnement de la glande hépatique est ralenti dans quelques maladies mentales. Tel semble être le cas dans ces états confusionnels liés à l'insuffisance des fonctions hépato-rénales, sur lesquels Maurice Faure[5], en diverses circonstances et tout récemment encore, a appelé l'attention.

VI. — Maladies de la nutrition ou diathésiques

On doit entendre aujourd'hui, sous le nom de diathèse, un tempérament morbide constitué par un trouble permanent des mutations nutritives. En réalité il n'y a guère qu'une diathèse, la diathèse arthritique, qui consiste en l'oxydation insuffisante des déchets de la nutrition et dans l'accumulation dans l'organisme des produits de cette combustion incomplète. Suivant que le ralentissement de la nutrition se concentre sur tel ou tel de ses résidus, l'arthristisme aboutit à telle ou telle autre maladie diathésique, à l'obésité quand l'insuffisance de l'oxydation porte sur la graisse, au diabète quand elle intéresse le sucre, à la goutte quand ce sont les aliments azotés dont la transformation est ralentie, dans d'autres conditions à la gravelle, à la lithiase biliaire, à la migraine, à l'asthme.

On admet aussi une diathèse scrofuleuse caractérisée surtout par la tendance aux fluxions chroniques, mais qui se rapproche de l'arthritisme ; et une diathèse nerveuse qui a aussi avec cette dernière, comme l'étiologie le démontre, une étroite connexité et qui, inconnue dans son essence, résume en elle ce que nous appelons la prédisposition névropathique. La seconde est ici négli-

[1] Klippel. *Insuffisance hépatique dans les mal. ment. Folie hépatique.* Arch. génér. de méd., août 1892.

[2] Régis. Rapport au Congrès de la Rochelle. C. rend., 1894, p. 82.

[3] Klippel. *Du délire des alcooliques.* Communicat. au Congrès de la Rochelle. Comp rend., 1894, p. 540.

[4] Van Oordt (Heidelberg). *Alimentäre Glycosurie bei Krankheiten des Centralnervensystems.* Munchener med. Wochenschr., 1898, p. 2.

[5] Maurice Faure. *Sur un syndrome mental fréquemment lié à l'insuffisance des fonctions hépato-rénales.* Th. de Paris, 1900, et Com. au Congrès intern. de médecine, 1900. Section de pathologie générale.

geable ; quant à la troisième il en sera question à chaque pas dans cet ouvrage ; nous n'avons dans ce chapitre à nous préoccuper que de la première.

a. *Arthritisme en général.* — L'arthritisme prédispose aux bouffées congestives, aux troubles locaux de circulation, à l'induration scléreuse des parois vasculaires et de la trame conjonctive des organes. Sous son influence la cénesthésie devient particulièrement vive, aussi les arthritiques sont-ils portés à analyser leurs sensations internes : ils ont ainsi une tendance accusée à l'inquiétude, aux préoccupations hypochondriaques. Ils sont plus que d'autres prédisposés à la neurasthénie et au cortège de symptômes qui l'accompagne, céphalée, tristesse, découragement, angoisses vagues ou localisées, troubles dyspeptiques, sommeil agité, cauchemars[1], quelquefois illusions sensorielles.

On a décrit une folie arthritique[2], qui se caractériserait par l'intermittence et la périodicité. Elle serait constituée par des accès maniaques ou à double forme, plus souvent par des accès de dépression mélancolique avec hypophosphaturie, hypoazoturie, oxalurie et décharge urinaire d'acide urique à la fin de la crise. Il n'est pas interdit de penser que l'arthritisme conditionne favorablement le développement de certaines psychoses constitutionnelles ou psycho-névroses ; mais on n'est pas pour cela autorisé à admettre l'existence d'une variété de folie méritant la dénomination d'arthritique.

On a prétendu que la diathèse arthritique prédisposait à la paralysie générale. A priori on peut penser que la tendance congestive, si fréquente chez les individus qui en sont affectés, aide au développement de l'encéphalite interstitielle, quand existent d'ailleurs les autres causes qui produisent cette dernière, l'infection spécifique notamment. Toutefois l'arthritisme est trop répandu pour que les faits de coïncidence qu'on s'est plu à citer aient toute la signification qu'on leur a attribuée.

b. *Rhumatisme.* — La place qu'il convient d'assigner au rhumatisme en pathologie générale est loin d'être bien établie. On tend de plus en plus à le considérer comme la manifestation d'une infection dont la nature à la vérité est encore indécise ; mais par une sorte d'habitude acquise on persiste encore à lui attribuer une étroite parenté avec l'arthritisme, ce qui explique la place que nous lui assignons ici. Quoi qu'il en soit, le rhumatisme (et nous faisons allusion ici au rhumatisme articulaire franc, particulièrement au rhumatisme articulaire aigu), le rhumatisme peut s'accompagner de troubles cérébraux.

Tantôt il s'agit d'accidents aigus ou suraigus, qui surviennent au cours même de l'attaque, sont précédés ou accompagnés d'hyperpyrexie, et consistent en un délire de caractère onirique avec hallucinations visuelles, agitation, quelquefois convulsions épileptiformes. Ces accidents d'une gravité exceptionnelle sont en général mortels et peuvent emporter le malade en quelques

[1] Lemoine et Huyhges. *L'arthritisme dans ses rapports avec le nervosisme.* Gaz. méd., Paris, 1891.

[2] Mabille et Lallemant. *Des folies diathésiques*, 1891.

heures ; ils paraissent dépendre d'une poussée fluxionnaire vers les méninges et constituent ce qu'on a appelé le *rhumatisme cérébral* (Boerhave, Hervez de Chégoin, Vollcia, Vigla, Fernet, Ball).

D'autres fois, les troubles cérébraux, caractérisés par de l'excitation ou de la stupeur et par des hallucinations terrifiantes, alternent avec les poussées articulaires, apparaissant quand les jointures se dégagent, disparaissant quand celles-ci deviennent à nouveau tuméfiées et douloureuses (Guislain, Mesnet, Mabille et Lallemant). Cette forme, qui peut ne pas s'accompagner de fièvre, semble sous la dépendance d'une sorte de métastase du rhumatisme sur l'encéphale.

Enfin, à la suite de la crise de rhumatisme, les malades peuvent tomber dans une sorte de torpeur mélancolique qui diffère de la mélancolie vulgaire par la prédominance des hallucinations de la vue et des visions terrifiantes. Cet état, qui peut se prolonger durant plusieurs mois, relèverait, d'après quelques auteurs, directement du rhumatisme (Griesinger, Mesnet), tandis que d'après d'autres il n'aurait rien de spécifique (Simon) ; il serait influencé surtout par la prédisposition et serait l'analogue des troubles qu'on peut observer à la suite de beaucoup de maladies aiguës.

c. *Goutte*. — Chez les goutteux, comme chez les rhumatisants, on peut observer des troubles mentaux au cours des accès aigus, ou à leur suite. Au cours de l'accès, le caractère devient souvent irritable ; fréquemment il y a un certain degré d'excitation, avec agitation nocturne et même subdélire ; ces troubles peuvent s'accuser au point de simuler la manie aiguë. Il est vraisemblable qu'ils dépendent à la fois de la fièvre et de l'auto-intoxication uricémique.

Dans d'autres cas, l'irritabililé du caractère, l'agitation, le délire alternent avec les fluxions articulaires (Guislain, Dagonet, Mabille et Lallemant). Nous avons vu un délire d'apparence systématique disparaître brusquement lors de l'apparition d'un accès goutteux. On a cité bien des cas semblables (Lozzi, Féré).

Mais c'est plus souvent le contraire que l'on voit ; la crise aiguë est suivie d'une attaque de dépression mélancolique, avec torpeur intellectuelle, hébétude, idées hypochondriaques et tendance au suicide.

d. *Diabète*. — Les troubles intellectuels font partie de la symptomatologie du diabète. « Il se produit, dit F. Dreyfous [1], un changement profond dans l'allure du diabétique ; il perd toute initiative individuelle, devient apathique et passif. L'idée ne lui vient pas ou, si elle vient à son esprit, il n'a pas le courage de passer de la conception à l'exécution. » Cette dépression peut aller jusqu'à l'hypochondrie et la mélancolie et s'accompagner d'illusions et d'hallucinations terrifiantes (Cotard [2], Los Santos [3], Legrand du Saulle [4]). Les obser-

[1] F. Dreyfous. *Pathogénie et accidents nerveux du diabète sucré*. Th. d'agrégation, Paris, 1883.

[2] Cotard. *Aliénation mentale et diabète*. Arch. génér. de méd., mars 1877.

[3] De Los Santos. *De l'état mental chez certains diabétiques*. Th. de Paris, 1878.

[4] Legrand du Saulle. *L'état mental de certains diabétiques*. Gaz. des hôp., 22 déc. 1877.

vations de Marchal de Calvi[1], de Charpentier[2], de Rouillard[3], de Laudenheimer[4], de V. Holstein[5], tendent à prouver l'existence d'une paralysie générale diabétique; mais c'est un fait controversé et sur lequel on reviendra plus loin. D'après P. Marie et Robinson[6], au cours du diabète lévulosurique, on observerait quelquefois un syndrome mental que ces auteurs ont considéré comme lui étant particulier : état mélancolique avec idées de ruine et de suicide, insomnie et impuissance; Béclère[7] a relaté un fait de même ordre ; mais Lépine[8] se refuse à reconnaître l'autonomie du type. Il admet « que, chez les sujets ayant une prédisposition aux troubles mentaux, l'hyperglycémie ou bien l'acétonémie diabétiques peuvent parfois favoriser leur éclosion, que la forme mélancolique est la plus commune, mais que la lévulosémie n'agit pas différemment de la glycosémie et que, en conséquence, le syndrome de Marie ne semble pas avoir une existence réelle ». Nous inclinons à partager cette opinion.

e. *Cancer*. — Le cancer, dont la place serait plutôt parmi les affections parasitaires que parmi les maladies diathésiques, détermine des troubles plus ou moins graves de la nutrition, et c'est à ce titre qu'il s'accompagne de troubles mentaux. Les observations de psychopathies d'origine cancéreuse ne sont pas très rares : Neuendorff[9] a observé des états de dépression profonde interrompus par des accès d'agitation avec délire, désordre des idées et des actes; Elzholz[10] a noté dans trois cas des troubles psychiques à caractère exclusivement dépressif; Klippel[11], qui a consacré un travail spécial aux accidents nerveux du cancer, a noté les mêmes symptômes, mais il les interprète d'une manière différente. La psychose des cancéreux est, d'après lui, une

Les accidents cérébraux dans le diabète. Etat mental des diabétiques. Gaz. des hôp., 1884, 12, 19, 26 fév., 4 et 11 mars.

[1] Marchal de Calvi. *Recherches sur les accidents diabétiques et essai d'une théorie générale du diabète.* Paris, 1864.

[2] Charpentier. Ann. méd.-psych., 1888, t. VII. Séance de la Soc. méd.-psychol. du 27 fév. 1888, p. 436.

[3] Rouillard. *Observation de glycosurie au début de la paralysie générale.* Ann. méd.-psych., 1888, t. VII, p. 432.

[4] R. Laudenheimer. *Paralytische Geistesstörung in Folge von Zuckerkrankesteit (diabetische Pseudo-Paralyse).* Arch. f. Psychi., XXIX, 2, p. 546.

[5] H. de Holstein (de Paris). *La paralysie générale d'origine diabétique*, Semaine médicale, 1897, n° 22, p. 173.

[6] Marie et Robinson. *Etat mélancolique avec insomnie et impuissance chez les diabétiques lévulosuriques.* Soc. méd. des hôp. : séance du 25 juin 1897. Semaine médicale, 1897, n° 31, p. 250.

[7] Béclère. *Sur un nouveau cas de diabète sucré lévogyre, avec état mélancolique, impuissance et insomnie rebelles.* Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp., 2 juillet 1897 ; et Semaine médicale, 1897, n° 32, p. 259.

[8] R. Lépine. *Sur le syndrome lévulosurique de M. P. Marie et sur les troubles mentaux consécutifs au diabète.* Semaine médicale, 1899, n° 45, p. 354.

[9] R. Neuendorff. *Contribution à la catatonie.* Centralb. f. Nervenheilk., 1883.

[10] Elzholz. *Les Psychoses dans la cachexie carcinomateuse.* Jahrb. f. Psych., vol. XVII, 1 et 2 fasc., p. 144, 1898.

[11] Klippel. *Les accidents nerveux du cancer.* Arch. génér. de méd., janvier 1899, t. I, p. 33.

variété de confusion mentale analogue à celle qu'on rencontre dans les infections et les auto-intoxications. Le cancer n'agirait dès lors qu'indirectement pour la produire.

Quoi qu'il en soit, la dépression mélancolique chez la femme cancéreuse, particulièrement chez celle qui est affectée de cancer de l'utérus, peut se compliquer d'idées hypochondriaques et de persécution à caractère assez spécial. Le siège du cancer est le point de départ d'illusions particulières qui portent les malades à croire qu'on les a violées ou qu'elles sont enceintes.

f. *Dermatoses.* — « La coïncidence de l'apparition des troubles intellectuels avec la répercussion d'une affection dartreuse, avec la dessiccation d'un ulcère ou avec toute autre maladie cutanée, est un fait, écrit Morel[1], qui se présente trop souvent dans nos hospices pour qu'il soit possible de le mettre en doute. » Il n'est pas rare, en effet, de voir des états de dépression mentale, de stupeur ou d'aboulie alterner avec des poussées de *dermatoses*. Nous avons recueilli récemment l'observation d'un homme très sobre, chez lequel la disparition d'un eczéma de la face dorsale des mains fut le signal de l'apparition soudaine d'un délire confusionnel avec hallucinations terrifiantes de la vue. Le délire cessa dès la réapparition de l'eczéma.

Ces faits s'expliquent si l'on considère que l'affection cutanée est souvent la manifestation sur la peau d'une auto-intoxication qui peut aussi porter son action sur le système nerveux. D'ailleurs des recherches expérimentales ont démontré l'existence d'intoxications d'origine dermique[2].

VII. — Maladies du sang

La *chlorose* influe presque toujours sur le caractère qui devient « triste, capricieux, irritable[3] ». Dans l'*anémie pernicieuse,* l'intelligence est généralement « paresseuse et, quelquefois, sombre entièrement ». Dans la *lymphadénie,* des troubles cérébraux graves peuvent aussi s'observer : on a noté du délire et des hallucinations.

Ces divers symptômes, qui sont sous la dépendance du trouble de nutrition des cellules cérébrales qu'occasionne l'altération du sang, sont d'ailleurs subordonnés, on le conçoit, quant à leur degré et même quant à leur forme, à la susceptibilité particulière que présente le malade pour les troubles mentaux. Ici, comme ailleurs, il y a toujours lieu de tenir compte de la prédisposition individuelle qui actionne la cause occasionnelle.

VIII. — Affections des organes des sens

Les relations de voisinage de l'organe de l'*ouïe* avec le cerveau permettent la propagation des infections de l'oreille aux méninges cérébrales ; il peut en

[1] Morel. *Maladies mentales,* 1852, t. I, p. 289.
[2] Quinquaud. Congrès de dermatologie, 1889.
[3] A. Gilbert. *Pathologie du sang,* in Traité de méd., Charcot, Bouchard, Brissaud, t. II, p. 502.

résulter des méningites avec leur cortège délirant. Par contre, Schüle et Furstner[1] ont vu disparaître une psychose en même temps que s'établissait, sans prodromes, une otorrhée purulente. Il existe plusieurs faits analogues dans la littérature médicale (Mairet[2]). Une blessure de l'organe de l'ouïe, par arme à feu peut être l'origine d'hallucinations : un de nos malades est devenu halluciné à la suite d'un traumatisme de ce genre. Furstner a vu la perte de l'ouïe occasionner des états mélancoliques avec idées de suicide, notamment chez les vieillards.

De même les affections de l'organe de la *vision* sont fréquemment la source d'hallucinations visuelles, et la cécité peut être une cause occasionnelle de mélancolie.

IX. — Affections des organes génitaux

Chez l'homme et chez la femme, les affections des organes génitaux ont des relations assez étroites avec les troubles mentaux, mais on a exagéré plus qu'il ne convient l'importance de ces relations.

En ce qui concerne les hommes, on a attribué à l'onanisme et aux pertes séminales un rôle capital dans la genèse de certains états neurasthéniques et hypochondriaques (Tissot, Deslandes, Doursout, H. Fournier[3], Lallemand[4]). Il n'est pas douteux qu'un grand nombre de neurasthéniques attribuent les accidents dont ils souffrent à l'abus de la masturbation pendant l'adolescence ; mais leur interprétation est rarement exacte : les abus dont ils s'accusent ont d'ordinaire été assez modéres et les habitudes qu'ils regrettent sont plutôt l'effet que la cause de leur état nerveux. De même la spermatorrhée qui préoccupe si fort ceux qui s'en croient atteints, n'est le plus souvent qu'une fausse spermatorrhée : le liquide émis le matin ou pendant les garde-robes est plus fréquemment du liquide prostatique que de la liqueur séminale. Mais chez les individus nerveux, les particularités physiologiques ou pathologiques qui s'observent du côté de l'appareil génital, deviennent aisément le sujet de préoccupations obsédantes : de même que certains neurasthéniques remontent trop volontiers dans leur passé pour y trouver des excès de peu d'importance, ou attribuent aux excrétions de leur canal une signification et une gravité qu'elles n'ont pas, de même, le souci que fait naître la persistance et la résistance aux traitements de certaines blennorrhées chroniques devient, chez bon nombre de malades, le point de départ d'une véritable mélancolie hypochondriaque. L'insuffisance des érections, l'impuissance complète ou relative qui

[1] Furstner. *Sur les psychoses dans les affections de l'organe de l'ouïe.* XV° C. des al. de l'Allem. du S.-O., Karlsruhe, séance des 21, 22 oct. 1882. Allg. zeitsch. f. psych., XL, 1 et 2.

[2] A. Mairet. *Considérations cliniques à propos d'un cas d'aliénation mentale intimement liée à un abcès s'ouvrant par l'oreille externe gauche et reconnaissant comme influence pathogénique importante une fièvre saisonnière.* Arch. de neurol., mars 1886, vol. XI, n° 32. p. 129.

[3] H. Fournier. *De l'onanisme, causes, dangers, inconvénients et remèdes.* 3e édit. Paris, 1883.

[4] Lallemand. *Des pertes séminales involontaires.* Paris, 1836-52.

sont assez fréquentes chez les névropathes, agissent de même et avec d'autant plus d'intensité que le terrain est préparé. Enfin les malformations congénitales ou acquises de la verge et des testicules occasionnent parfois des préoccupations si continues et si vives que ceux qui en sont atteints vivent dans l'hypochondrie, la mélancolie, ou deviennent de véritables persécutés à physionomie un peu spéciale (persécutés auto-accusateurs, G. Ballet).

Chez la femme, les lésions de l'utérus et de ses annexes ont été souvent incriminées pour expliquer la folie et on leur a fait jouer un rôle qu'on n'est véritablement pas en droit de leur attribuer (Azam[1]). Certes les statistiques brutes prouvent la fréquence de ces lésions chez les aliénées (Wiglesworth[2]), mais rien n'est commun comme les déviations utérines, les métrites, les ovarites. Il faut ici faire certaines restrictions : les femmes mélancoliques ou persécutées ont fréquemment des préoccupations relatives à leurs organes génitaux, mais ces préoccupations sont un effet non une cause du délire ; de même l'ovaralgie, chez les hystériques, est la conséquence non la raison de la névrose. Il ne paraît pas douteux toutefois que certains troubles mentaux (obsessions, mélancolie, idées de persécution) soient accidentellement provoqués et entretenus, chez des femmes prédisposées, par une altération du vagin, de la matrice ou des ovaires, ce qui explique la guérison de ces troubles par une intervention chirurgicale ayant modifié la lésion locale, traitement de la métrite, ablation d'un corps fibreux, etc. (Picqué et Febvré[3]).

X. — Affections des glandes a sécrétion interne

a. *Affections de la glande thyroïde.* — La maladie de Basedow se complique assez souvent de troubles mentaux : on connaît l'excessive émotivité des individus qui en sont affectés (Trousseau, Peter), leur irritabilité, leurs impatiences. Mais on voit assez souvent s'associer des désordres plus graves aux symptômes habituels du goitre exophtalmique : ce sont des accès de manie, de mélancolie anxieuse, des hallucinations sur lesquelles s'étaye un délire de persécution plus ou moins mal systématisé (G. Ballet). Hirschl[4], en dépouillant 43 cas de maladie de Graves compliquée d'affections mentales, y a vu figurer la manie, la mélancolie, la paranoia, la folie du doute et même la paralysie générale. Il va sans dire qu'il faut distinguer parmi ces cas ceux qui semblent dépendre directement du goitre exophtalmique et ceux qui paraissent l'avoir fortuitement compliqué. Il est vrai que cette distinction pathogénique n'est pas toujours commode. Si l'on réfléchit que la maladie de Basedow, quel que soit l'opinion qu'on se fasse sur sa nature, s'associe souvent à des névroses comme l'hystérie, l'épilepsie, la neurasthénie, ou se développe sur un fonds névropathique, on concevra qu'il soit quelquefois difficile de

[1] Azam. *De la folie sympathique provoquée ou entretenue par les lésions organiques de l'utérus et de ses annexes.* Bordeaux, 1858.

[2] Wiglesworth. *On uterine disease and insanity.* The journal of mental science, 1885.

[3] Picqué et Febvré. *Ann. méd. psychol.*, 1893, XVII, 32.

[4] Hirschl. *Jarbüch f. psych.*, 1893.

déterminer l'origine réelle des troubles psychopathiques qui l'accompagnent. Certains d'entre eux ne sont vraisemblablement que des psychoses banales développées sur un terrain dégénératif (Joffroy[1], Raymond et Sérieux[2]); d'autres, comme les hallucinations, sont probablement, dans quelques cas, sous la dépendance de l'hystérie concomitante (G. Ballet[3]). Mais si l'on réfléchit que la maladie de Basedow dépend certainement, au moins pour une part, d'une auto-intoxication d'origine thyroïdienne (Möbius, Joffroy, Renaut, G. Ballet et Enriquez) il n'est pas interdit de penser que certains troubles hallucinatoires ou mélancoliques (Devay[4]) soient dus à cette intoxication[5].

Le myxœdème, qui tient à l'hypothyroïdisation par ablation, destruction ou non-développement de la glande thyroïde, a sur l'intelligence des effets plus directs encore et surtout plus constants que l'hyperthyroïdisation de la maladie de Basedow. On décrira plus loin ces effets chez l'enfant où il aboutit à une sorte d'idiotie, et chez l'adulte où il détermine la torpeur de l'intelligence. Ces désordres et ces troubles dépendraient du défaut de neutralisation par la fonction thyroïdienne absente ou supprimée d'une substance toxique, la thyroprotéide (Notkine et Bojenoff[6]).

b. *Affections des capsules surrénales.* — Les capsules surrénales exercent, par leur sécrétion interne, une « action antitoxique vis-à-vis des déchets de la désassimilation musculaire[7] ». L'expérimentation[8] a démontré la réalité de cette action et l'observation a prouvé qu'un empoisonnement grave peut résulter de l'arrêt du fonctionnement des capsules : le syndrome addisonien est l'expression clinique de cet empoisonnement. Un des symptômes les plus constants de la maladie d'Addison (Ball et Lasègue) est l'amoindrissement de l'activité morale : les opérations cérébrales sont lentes, l'expression de la pensée est laborieuse; les malades perdent toute initiative. Ces désordres trouveraient leur explication dans les altérations des neurones cérébraux constatées à la suite de la décapsulation (Ettlinger et Nageotte[9]).

XI. — Infections

Qu'elles soient aiguës ou chroniques, les infections sont fréquemment la cause de troubles mentaux et elles les déterminent par des mécanismes

[1] Joffroy. *Soc. méd. psych.*, mars 1890.

[2] Raymond et Sérieux. *Congrès annuel de méd. mentale.* Session de Blois, 1892.

[3] G. Ballet. *Soc. méd. hôp.*, 1890, 29 févr.

[4] Devay. *Arch. de neurol.*, 1897, vol. IV, n° 24, p. 491.

[5] Voir : *a*) Boëteau. *Des troubles psychiques dans le goitre exophtalmique.* Th. Paris, 1892; *b*) Raymond Martin, th. de Paris, 1890 ; *c*) Jacquin, th. de Montpellier, 1891.

[6] Notkine et Bojenoff. Cités par E. Brissaud, *in Corps thyroïde et maladie de Basedow.* Congrès de Bordeaux, août 1895. Voir aussi : Bojenoff, Semaine médicale, 1895.

[7] Chauffard. *L'intoxication addisonienne.* Semaine médicale, 1894, n° 10, p. 74.

[8] Abelous, Charrin et Langlois. *La fatigue chez les addisoniens.* Arch. de physiol., 1892, p. 721.

[9] Ettlinger et Nageotte. *Lésions des cellules du système nerveux central dans l'intoxication addisonienne expérimentale* (décapsulation). Société de biologie. Séance du 28 nov. 1896.

divers. Dans les infections aiguës, au cours de la période fébrile, le délire est la conséquence de l'intoxication cérébrale par les toxines microbiennes et les déchets de la nutrition résultant de la fièvre. A la fin ou dans la convalescence de la maladie, on peut observer des états de confusion mentale plus ou moins durables et qui sont sous la dépendance de l'altération plus ou moins grave qu'ont subie les éléments nerveux du fait de l'action directe des microbes, de celle surtout de leurs produits de sécrétion, ou des substances toxiques fabriquées en excès ou non éliminées au cours de la période aiguë. Enfin on rencontre encore dans la convalescence, des délires en apparence systématisés, constitués par des idées fixes d'ordinaire peu durables, et qui semblent être le reliquat de rêves persistant à l'état de veille et dont l'esprit, momentanément affaibli, a de la peine à reconnaître la nature. On trouvera plus loin la description de ces divers délires.

Quant aux infections chroniques, elles influencent l'intelligence, soit par les intoxications qu'elles provoquent (intoxications microbiennes ou auto-intoxications, tuberculose; intoxications d'origine externe, pellagre), soit par les lésions du cerveau ou des méninges qu'elles occasionnent (tuberculose, syphilis [1]).

a. Infections aigues. — 1. *Délire aigu.* — Le délire aigu pourrait être considéré comme l'expression la plus haute des délires par infection, s'il était établi qu'il résulte de l'invasion du cerveau par un micro-organisme. Bianchi et Piccinino [2] déclarent avoir découvert, dans le sang des individus qui en sont affectés, un microbe spécial auquel avait déjà fait allusion Briand. Mais Ceni [3] n'a pas constamment retrouvé le bacille de Bianchi, et Cappelletti [4] l'a vainement recherché dans 3 cas. On ne peut tirer de ces observations contradictoires des conclusions définitives.

2. *Infection pneumococcique. Pneumonie.* — Pendant la période aiguë de la pneumonie le délire est fréquent (1 fois sur 2 d'après Grisolle) : c'est le délire fébrile associé assez souvent à des rêveries et à des hallucinations d'origine exotoxique, chez les alcooliques. Quand la fièvre tombe, on observe quelquefois des accès passagers qui sont comparables à la manie aiguë (Griesinger) et rentrent plutôt dans la catégorie des délires confusionnels. Fontaine a décrit un délire tardif survenant un ou deux jours avant la défervescence, indépendant de la fièvre et de toute auto-intoxication, délire transitoire, qu'il considère comme spécial à la pneumonie [5].

[1] Chardon. Th. de Lille, 1889.

[2] Bianchi et Piccinino. *Nouvelle contribut. à la doctr. de l'origine infectieuse du délire aigu.* Annali di neurologia, fasc. VI, 1894, et Bianchi : Communication à l'Académie royale de Naples, 14 juin 1899.

[3] Ceni. *Recherches bactériologiques sur le délire aigu.* Riv. sp. di fren., fasc. IV, 1897.

[4] Cappelletti. *Pathogénie microbienne du délire aigu.* Acad. des Sc. méd. et nat. de Ferrara, 19 janv. 1899.

[5] Fontaine. *Du délire dans la pneumonie et en particulier du délire tardif.* Th. de Paris, 1898,

Enfin les troubles mentaux, dans la pneumococcie, peuvent se rattacher à l'invasion des méninges par le pneumocoque (méningite pneumococcique). Cette méningite se montre d'ailleurs quelquefois indépendamment de toute localisation pulmonaire et sa symptomatologie peut simuler celle de la manie aiguë ou de la confusion mentale (Klippel [1]).

3. *Érysipèle.* — Le délire fébrile y est assez commun (1 fois sur 10, Beigbeder [2]), de même que le délire alcoolique. Dans la convalescence on observe quelquefois des délires de confusion avec prédominance de l'excitation maniaque ou au contraire tendance à la stupeur (Christian [3]). On sait enfin que l'érysipèle peut se compliquer de méningite ; au dire même de quelques auteurs (Baillarger, Morel) dont l'opinion est à reviser, il devrait être rangé parmi les causes possibles de la paralysie générale.

4. *Septicémie streptococcique.* — Dans la septicémie streptococcique le délire est la règle. Il constitue l'une des formes les plus fréquentes de la folie dite puerpérale, et se présente d'ailleurs sous des physionomies variées, tantôt rappelant par son acuité les délires fébriles, tantôt ressemblant davantage aux délires confusionnels sans fièvre, tantôt enfin débutant par une vague systématisation délirante (idées ambitieuses ou de persécution) qui aboutit assez vite à la confusion (G. Ballet).

5. *Influenza.* Il n'est pas de maladie infectieuse qui intéresse plus communément le système nerveux. On sait notamment combien est fréquente la neurasthénie post-grippale. Cette tendance de l'influenza à porter son action sur le myélencépale explique le grand nombre d'affections mentales qui se développent sous son influence (Althaus [4]). Ici comme dans les autres maladies aiguës, on peut observer, au début, de simples délires fébriles, apparaissant et disparaissant avec la fièvre, mais qui revêtent quelquefois l'intensité de l'agitation maniaque (Joffroy [5]). Après la période fébrile on rencontre des états de dépression mélancolique (Séglas [6], G. Ballet, Kraepelin, Mairet [7], Ladame [8], Pick), de confusion mentale, de vagues systématisations délirantes. (J. Voisin [9]). Beaucoup de ces troubles sont certainement rattachables à l'asthénie grippale, mais dans d'autres cas la toxine de la grippe ne fait qu'éveiller une prédisposition latente, comme cela a lieu pour certains cas de mélancolie ou de délires systématisés (H. Fehr) [10].

[1] Klippel. *Ann. de psych. et d'hypnol.*, 1891, n° 5, p. 133.

[2] Beigbeder. *Du délire dans l'érysipèle.* Th. de Paris, 1898.

[3] Christian. *De la folie consécutive aux maladies aiguës.* Arch. gén. de méd., 1873.

[4] J. Althaus. *On psychoses after influenza.* Journal of mental science. 1893, p. 163, et Arch. f. Psych., XXV, I.

[5] A. Joffroy. *Bullet. Soc. méd. hôp.*, 28 mars 1890.

[6] Séglas. *Id.*, p. 277 et 278.

[7] Mairet. *Montpellier médical*, 1890.

[8] Ladame. *Annales médic. psych.*, 1890.

[9] J. Voisin. *Gaz. des hôp.*, 1890, p. 1012.

[10] H. Fehr. *Influenza som Aarsag til Sindssygdom.* Dissert., 1898, Kjöbenhavn.

6. *Fièvres éruptives.* — C'est surtout la variole qui s'accompagne de troubles mentaux. Au début, durant l'invasion et l'éruption, on voit souvent un délire intense, assez accusé quelquefois pour simuler un accès de manie aiguë; les hallucinations, particulièrement les hallucinations visuelles et celles de l'ouïe, y tiennent une grande place (Thore[1]. Quinquand[2]). Plus tard, dans la convalescence, on a affaire à de la dépression mélancolique, à de la confusion mentale asthénique. Cette confusion, qui est ici très fréquente, guérit d'habitude, mais elle peut persister et aboutir à l'obtusion intellectuelle définitive et à la démence.

Dans la scarlatine on rencontre les mêmes troubles psychiques que dans la variole, mais ils y sont moins communs; ils sont moins communs encore au cours ou à la suite de la rougeole. Cependant on a observé des cas de confusion mentale à la suite de cette dernière (Séglas[3]). D'une façon générale ces états confusionnels, qui sont fréquemment consécutifs aux maladies aiguës, sont remarquables par le fonds de faiblesse mentale sur lequel ils évoluent et par la rapidité habituelle de leur marche et de leur guérison (Krœpelin[4], Kirn[5]). Il ne faut pas oublier d'ailleurs que la perturbation apportée dans l'organisme par certaines formes de fièvres éruptives peut être l'occasion de l'éveil de la prédisposition nerveuse chez les héréditaires et occasionner l'apparition des accidents névropathiques ou vésaniques auxquels expose cette prédisposition (J. de Mattos[6]).

7. *Fièvre typhoïde.* — De toutes les maladies infectieuses aiguës, c'est celle au cours ou à la suite de laquelle les troubles psychiques sont les plus communs, les plus accusés et les plus variés de nature. Ces troubles ont depuis longtemps attiré l'attention, aussi bien celle des pathologistes que des aliénistes (Chomel, Louis, Max Simon, Sauvet[7]). Ils tiennent une grande place dans les monographies où sont étudiés les accidents délirants dans les maladies aiguës (Huguier, Chéron, Kræpelin) et ont, dans ces dernières années, fait le sujet d'un assez grand nombre de travaux (Régis[8], Marandon de Montyel[9], Glover[10], Pagliano[11], Saisset[12]).

[1] Thore. *Des hallucinations dans la variole.* Ann. méd. psych., 1856.

[2] Quinquaud. *Sur quelques troubles nerveux consécutifs à la variole.* L'Encéphale, 1884,

[3] Séglas. Presse médicale, 1er mai 1897.

[4] Kræpelin. *Influence des maladies aiguës sur les mal. mentales.* Arch., de Neurol., 1881, nº 6, p. 263 et nº 10, p. 105.

[5] Kirn. *Contribution à la casuistique des psychoses consécutives aux maladies fébriles.* Allg. Zeitsch. f. Psych. XXXIX, 6.

[6] J. de Mattos. *Les maladies infectieuses dans l'étiologie de la folie.* Rev. portug. de méd. et chir. prat. 1898, nº 41, p. 129.

[7] Sauvet. *Remarques sur le délire consécutif aux fièvres typhoïdes* (Ann. méd.-psychol., 1845).

[8] Régis. *Folie consécutive à une fièvre typhoïde.* Encéphale, 1881.

[9] Marandon de Montyel. *De la fièvre typhoïde dans ses rapports avec la folie.* Ann. méd. psych., 1883, IX, p. 387.

[10] Glover. Thèse de Paris, 1891.

[11] Pagliano. Revue de médecine, 1894.

[12] Saisset. Thèse de Paris, 1895.

Le délire peut, dès le début de la dothiénentérie, affecter une grande intensité. Comme au début de toute période fébrile c'est un délire à caractère onirique, avec rêvasseries, agitation, hallucinations visuelles vagues et changeantes, alternant d'ailleurs d'ordinaire avec la stupeur ou y aboutissant. A un moment où les autres symptômes de l'affection sont encore peu accusés, l'origine de ce délire peut être méconnue et, dans certains cas, on a commis l'erreur de croire à un début de manie aiguë. Pareille faute s'évite sûrement quand, après quelques jours, les signes de la maladie se sont révélés avec netteté.

Le délire de la fièvre typhoïde présente ceci de particulier que, pendant son évolution, on peut voir apparaître soit de vagues idées de persécution avec craintes d'empoisonnement, soit des préoccupations mélancoliques avec idées de culpabilité, qui se détachent nettement du fonds du délire pour donner l'illusion, si l'on n'y prend garde, que l'on a affaire à de vrais délires partiels (Barié [1]).

A ce délire fébrile et toxique, banal par sa fréquence et sa pathogénie, succède assez souvent, au cours de la convalescence, un état de dépression, avec impuissance mentale, torpeur intellectuelle, gâtisme. Sur ce fonds plus ou moins accusé se manifestent quelquefois de l'agitation et des hallucinations. Bref on a affaire à de la confusion mentale à forme asthénique. Ces états de confusion tiennent certainement à l'altération des éléments nerveux, favorisée ou non par une prédisposition antérieure, et résultant elle-même de l'intoxication produite par les toxines microbiennes, et par les déchets fébriles. Ils guérissent d'ordinaire assez vite. Mais on n'ignore pas que dans un certain nombre de cas, par contre, l'intelligence, à la suite de la fièvre typhoïde, reste plus ou moins atteinte : il y a des lacunes de mémoire, la difficulté à s'assimiler les notions nouvelles, en un mot un état longtemps durable et quelquefois permanent d'affaiblissement psychique. Il est vraisemblable que, dans ces derniers cas, l'écorce cérébrale est le siège de lésions analogues à celles qu'on observe si souvent du côté des nerfs périphériques (Pitres et Vaillard) : on a affaire, en somme, à une véritable psychose polynévritique avec lésions des cellules corticales et peut-être de leurs prolongements axiles de même origine et de même nature que celles de la périphérie (G. Ballet).

C'est surtout à la suite de la fièvre typhoïde et dans sa convalescence qu'on rencontre certaines idées fixes, qui semblent le reliquat d'un rêve, et s'imposent à l'esprit avec la netteté de faits réels pendant une durée plus ou moins prolongée, de quelques jours ou de quelques semaines. Baillarger, Dechambre, G. Ballet ont rapporté des faits de cet ordre : un malade se réveille un jour et reste convaincu qu'il possède une maison de campagne avec un cheval blanc ; un autre, célibataire, s'imagine pendant deux semaines qu'il est marié ; un troisième est persuadé qu'il est décoré et qu'on vend pour son compte à l'hôtel Drouot des caisses d'objets précieux rapportés d'Extrême-

[1] E. Barié. *De quelques formes de délire partiel, au début et pendant la période d'état de la fièvre typhoïde*. Soc. méd. hôp., 28 fév. 1898, et discussion qui a suivi cette communication (G. Ballet et Séglas).

Orient ; on doit, après plusieurs jours, prendre des précautions infinies pour le dissuader et le rappeler à la désagréable réalité.

Indépendamment des troubles mentaux dont nous venons de parler, la fièvre typhoïde peut directement ou indirectement en déterminer d'autre nature. Il convient de signaler ici le délire symptomatique de la méningite qui complique quelquefois la dothiénentérie : on observe en pareil cas des paralysies ou des contractures, des vomissements, des troubles oculaires. La mort survient du quatrième au huitième jour environ [1].

D'après quelques auteurs (Schüle, A. Voisin) la paralysie générale peut être une des conséquences de la fièvre typhoïde, mais le fait n'est pas nettement prouvé. Ce qui est mieux établi, c'est que la dothiénentérie, par les atteintes qu'elle porte au système nerveux, crée une prédisposition au délire, qui peut se révéler dans l'avenir à une époque plus ou moins éloignée de la maladie première.

8. Les *oreillons* se compliquent quelquefois d'accidents cérébraux qui prennent la physionomie des délires méningitiques (Cooper, Russel, Maximovitch, Lannois et Lemoine [2].

9. Il en est de même du *choléra* [3]. Quand la maladie guérit elle peut laisser après elle un état de confusion mentale passager [4].

Dans la *fièvre jaune,* dans la *peste,* on rencontre des délires qui n'ont pas de caractères propres.

10. L'infection gonococcique étend quelquefois son action au système nerveux. On connaît ses manifestations méningo-médullaires. Le cerveau peut être aussi intéressé et les accidents qu'on observe alors ont été tour à tour considérés comme la conséquence du rhumatisme blennorrhagique (rhumatisme cérébral blennorrhagique) ou comme l'expression d'un processus méningitique. Venturi [5] a rapporté un certain nombre de cas de stupeur et de manie hallucinatoires, rappelant les formes hébéphréniques et qu'il attribue, sans preuves convaincantes suivant nous, à la blennorrhagie dont étaient affectés les jeunes sujets. De même Cullerre [6] a cité deux observations de confusion mentale hallucinatoire chez une femme et une jeune fille au cours d'une vaginite gonococcique. Ces faits sont encore insuffisants pour établir la réalité d'une *folie blennorrhagique.*

11. Dans la *rage,* les troubles intellectuels apparaissent au début même de la maladie et durent pendant tout son cours. On observe des alternatives

[1] Levillain. *Thèse de Paris,* 1895.

[2] Lannois et Lemoine. *Des manifestations méningitiques et cérébrales des oreillons.* Arch. de Neurol., 1885, t. XI, p. 1.

[3] B. Ball. *De la folie consécutive au choléra.* Encéphale, 1885, nº 1.

[4] Séglas. *Ann. méd.-psychol.,* 1893, t. XVII, p. 376.

[5] Venturi. *Psycopatia blennorrhagica.* Riforma medica, avril 1894.

[6] Cullerre. Ann. méd.-psychol., 1894, t. II.

d'excitation et de dépression avec hallucinations visuelles terrifiantes, qui précèdent le coma paralytique. Ces troubles correspondent en somme à ceux d'une confusion mentale hallucinatoire.

12. *Malaria.* — Les troubles mentaux développés à l'occasion ou sous l'influence de l'infection paludéenne ont depuis longtemps attiré l'attention des auteurs. Griesinger, Kræpelin et plus récemment Lemoine et Chaumier [1], Marandon de Montyel [2], les ont signalés à l'attention. Dans la malaria comme dans toutes les maladies infectieuses, on rencontre des délires fébriles, avec agitation et hallucinations oniriques au cours des épisodes aigus, c'est-à-dire des accès et particulièrement des accès pernicieux ; des états de stupeur à la suite des accès, qui paraissent rattachables à la confusion mentale asthénique ; dans l'impaludisme chronique on trouve des troubles de même nature que les précédents mais chroniques et durables, caractérisés par de l'agitation maniaque avec hallucinations, ou par des idées mélancoliques avec ou sans tendance au suicide. Rey et Boinet [3] pensent que ces accidents sont surtout fréquents chez les héréditaires et les surmenés.

b. Infections chroniques. — 1. *Tuberculose.* — La tuberculose, et particulièrement la tuberculose pulmonaire, détermine assez souvent des troubles cérébraux. Les préoccupations que fait naître chez les malades la conscience de leur état, les troubles de la nutrition et de l'hématose engendrés par la maladie, la fièvre qui habituellement l'accompagne, expliquent ces troubles.

On n'ignore pas qu'il existe un état mental particulier chez les tuberculeux. Le plus souvent il est fait de tristesse, de tendance trop légitime aux idées noires, d'égoïsme profond. Le malade est un être moral endolori « devant lequel tout s'efface, hormis le besoin de vivre. Pour vivre encore, si peu de temps que ce soit, tout lui sera bon, tout sera bien, tout sera juste [4] ». Cet état d'esprit conduit par une pente rapide et insensible à la défiance, au soupçon, qui peuvent s'accuser assez pour constituer une sorte de délire de persécution à l'état d'ébauche, ou à un état de dépression mélancolique plus ou moins profonde (Clouston, B. Ball).

D'autres fois au contraire, mais plus rarement, on observe des phénomènes qui rentrent plutôt dans la catégorie des troubles par excitation. La fièvre les explique en partie. Au plus léger degré, il s'agit d'une sorte de sentiment de bien-être, d'euphorie, qui peut, jusqu'au moment même de la mort, donner au malade l'illusion d'un retour à la santé ; ou bien d'une véritable excitation avec tendances impulsives aux actes génésiques, aux excès de boisson ; on peut enfin voir s'établir, sous l'influence de la consomption, des troubles de l'hématose et de l'auto-intoxication qui en résulte, un délire confusionnel avec hallucinations oniriques (Peter, Leudet, B. Ball).

[1] Lemoine et Chaumier. *Ann. méd. psychol.*, 1887, V, 177.
[2] Marandon de Montyel. *Ann. médic.-psychol.*, 1893, XVIII, 353.
[3] Rey et Boinet. *Congrès des alién. et neurol. de France*, 1897. Comptes rendus, p. 581
[4] Maurice Letulle. *Essai sur la psychologie du phtisique*. Arch. gén. de méd., sept. 1900.

Il n'est pas besoin de rappeler que la tuberculose, en envahissant les méninges, peut déterminer une symptomatologie mentale particulière, celle qu'on observe au cours des méningites.

2. *Syphilis.* — Les relations des troubles mentaux et de la syphilis ont été le sujet d'un très grand nombre de travaux : elles ont été surtout étudiées par les auteurs anglais et américains (Grainger-Stewart, Skae, Clouston, J. Mickle. Kiernan, Savage) et ont fait l'objet d'une discussion au Congrès international de Washington en 1887. En France, il convient de citer les leçons de A. Fournier, de Mairet [1], la revue de Parant [2], la thèse d'Hagelstein [3].

Au début de l'infection et pendant la période secondaire, le souci de la maladie qui les affecte peut chez les malades dégénérer en un véritable état de mélancolie hypochondriaque.

Sous l'influence de la cachexie, de la mercurialisation, et aussi de la fièvre, qui se voit quelquefois à ce moment, on peut, à la période de la roséole et des accidents de la seconde phase, voir apparaître soit des accès de mélancolie, soit des accès d'excitation maniaque dont la pathogénie est encore indécise, mais qui souvent semblent influencés (directement ou indirectement) par le traitement spécifique.

Mais les troubles mentaux les plus importants sont ceux qu'on rencontre à la période tertiaire. Leur physionomie et leur nature seront étudiées plus loin.

Enfin la syphilis est l'élément étiologique qui joue le rôle prépondérant sinon exclusif dans la genèse de la paralysie générale. C'est un point sur lequel on aura longuement à revenir.

XII. — Intoxications

A. Poisons endogènes. — *Auto-intoxications*. — Nous avons déjà signalé les auto-intoxications qui résultent des affections du foie, du rein, de la glande thyroïde et des divers viscères, et nous avons indiqué les relations de ces intoxications avec diverses formes d'affections mentales.

La réalité des auto-intoxications pathologiques n'est pas contestable : l'observation clinique et l'expérimentation l'ont établie. Nous devons y revenir ici pour faire ressortir combien la connaissance de ces auto-intoxications a éclairé certains côtés obscurs de l'étiologie des maladies mentales. En mettant à profit le procédé des injections d'urine dans la veine marginale de l'oreille, chez le lapin (procédé de Bouchard), Chevalier-Lavaure [4], puis Bettencourt-Rodrigues [5], ont concouru, parmi les premiers, à démontrer expérimentale-

[1] Mairet. *Aliénation mentale syphilitique.* Montpellier, 1893.
[2] Parant. *Syphilis et folie.* Ann. méd.-psychol., 1888.
[3] Hagelstein. *Th. de Nancy*, 1894.
[4] Chevalier-Lavaure. *Des auto-intoxications dans les mal. mentales.* Th. de Bordeaux, 1890.
[5] Bettencourt-Rodrigues. *De l'influence des phénomènes d'auto-intoxication et de la dila-*

ment la part qui revient aux intoxications endogènes dans la genèse de certains troubles mentaux. Au congrès des aliénistes de la Rochelle (1893), la question a fait l'objet d'un important rapport de Régis et Chevalier-Lavaure, qui a donné lieu à une intéressante discussion. Depuis lors, les recherches ont été poursuivies dans la même direction : Séglas[1] et Régis[2], en France; Haskovec[3], à Vienne; Massaro[4], en Italie, ont successivement cherché à dégager le rôle des auto-intoxications dans l'étiologie des psychoses. Sur ce rôle, il est vrai, les avis sont partagés, au moins en Italie. Lambranzi[5], par exemple, admet bien l'existence d'auto-intoxications dans les affections mentales, mais il les considère comme le résultat et non comme la cause de ces affections. Quoi qu'il en soit, il ne semble guère douteux que les poisons engendrés par exemple par les maladies gastro-intestinales, ou par celles du foie, ou par les affections des glandes à sécrétion interne (Haskovec)[6], ou ceux qui sont anormalement retenus par suite d'une lésion du tissu rénal, puissent influencer le cerveau défavorablement. De même, dans les maladies par ralentissement de la nutrition, dans les diathèses, le cancer et la leucémie, au cours de la grossesse ou dans les affections cutanées et même dans les maladies infectieuses, il se produit des auto-intoxications, et c'est elles vraisemblablement qui sont responsables des troubles mentaux qui compliquent ces maladies.

Quant à la nature des poisons qui occasionnent ces auto-intoxications, elle reste, pour la plupart d'entre eux, problématique. Les notions que nous possédons à ce sujet sont très insuffisantes.

On croit savoir que les affections gastro-intestinales favorisent la formation d'alcaloïdes (ptomaïnes et leucomaïnes toxiques) : une de ces ptomaïnes, très toxique, a été trouvée en abondance par G. Ballet et Bordas, dans l'urine d'un confusionnel[7]. Les toxalbumines, la cystine, etc., paraissent aussi jouer un rôle dans certains cas. Chez les brightiques, la toxicité du sang dépend de la présence des albumines pathologiques, ou d'autres produits comme l'acétone, l'indican, le scatol[8], l'ammoniaque, et provient quelquefois d'une insuffisance hépatique. Il faut encore signaler, parmi les produits de désassimilation qui sont nuisibles, l'acide lactique qui se forme dans l'intestin malade, l'acide oxalique qui paraît exercer sur les centres nerveux une

tation de l'estomac dans l'étiologie des formes dépressives et mélancoliques. Cong. intern. de méd. ment., 1889.

[1] J. Séglas. *Auto-intoxication et délire.* Presse médicale, 31 déc. 1898, n° 107, p. 373.

[2] E. Régis. *Note sur les délires d'auto-intoxication et d'infection.* Presse médicale, 3 août 1898, n° 64, p. 57.

[3] Lad. Haskovec. *Die Auto-intoxication bei den Nerven und Geisteskrankheiten.* Weiner klinische Rundschau, 1898, n° 39 et suiv.

[4] Massaro. *Le auto-intossicazoni nelle malattie mentali.* I. Pisani, 1896, fasc. III.

[5] Ruggiero Lambranzi. *Les auto-intoxications dans la pathogénèse des névroses et des psychoses.* Il maniconio moderno, 1898, fasc. 3, p. 331-370 (Bibliogr.).

[6] Haskovec. Loc. cit.

[7] Ballet et Bordas. *Contribut. à l'étude des auto-intoxications dans les mal. ment.* Comptes rendus du Congrès de la Rochelle, 1894, p. 340.

[8] Régis. *Auto-intoxications et délires.* Bordeaux, 1899, p. 40.

action particulièrement nocive. Mais, dans cette voie, les recherches ne sont encore qu'ébauchées.

B. Poisons exogènes. — Les poisons exogènes, minéraux ou organiques, occasionnent dans l'économie des troubles nombreux, parmi lesquels ceux qu'on observe du côté de l'intelligence ont une importance de premier ordre.

1. *Poisons professionnels.* — De tous les poisons professionnels, le plus dangereux, à ce point de vue, est le *plomb*. Le saturnisme en effet peut, comme on le verra, se compliquer de troubles cérébraux à formes convulsive, comateuse [1] ou délirante [2].

Quelquefois aussi, à une période avancée de l'intoxication *mercurielle*, l'intelligence se trouble et on voit apparaître un état subdélirant ou délirant [3].

Il en est de même dans la forme nerveuse de l'empoisonnement *phosphoré;* on observe alors de l'exaltation cérébrale avec incohérence et loquacité, du délire et des hallucinations.

Au contraire, dans l'intoxication *arsénicale,* qui pourtant altère les éléments nerveux de l'écorce grise du cerveau [4], l'intelligence demeure intacte, aussi bien dans la forme aiguë que dans la forme chronique.

L'*oxyde de carbone* est susceptible, par contre, d'affaiblir l'activité intellectuelle au point d'amener de véritables états de démence [7], transitoires (Hoffmann) [5] ou définitifs (Laborde) [6]. D'autre part, Casper [8] l'a vu produire des accès de manie et Finkelstein [9] une sorte de confusion mentale.

Le *sulfure de carbone* amène quelquefois un état de dépression psychique, simple en général, mais plus ou moins accusé (Bonnet) [10].

2. *Poisons alimentaires.* — Le type de ces poisons serait celui qui produit la *pellagre* si, comme beaucoup d'auteurs le pensent, cette affection est due à un alcaloïde du maïs avarié (Lombroso). On trouvera plus loin ce qui a trait à cette affection et aux causes probables qui la déterminent. Les champignons

[1] Grasset. Cité par Richardière, p. 575.

[2] Snell. *Démence paralytique consécutive à l'intoxication saturnine.* Commun. au Cong. de Hanovre, 1884. Arch. de neurol., 1885, vol. IX, n° 27, p. 406.

[3] H. Richardière. *Intoxications*, in Traité de médecine de Charcot-Bouchard-Brissaud, t. II, p. 588.

[4] Soukhanoff. *De l'influence de l'intoxication arsénicale sur les cellules nerveuses.* Bull. Acad. de méd. de Belgique., avril 1898, 16 p., 1 planche.

[5] Richardière. Traité Charcot-Bouchard, t. II, p. 654.

[6] Hoffmann. Cité par Richardière.

[7] Laborde. Bull. Acad. de méd. 1889.

[8] Casper. Cité par Richardière.

[9] Leo Furkelstein (hôp. Saint-Nicolas, Saint-Pétersbourg). *Démence aiguë, suite d'intoxication par le gaz pauvre.* Jahrbüch. f. Psychia., t. XV, fasc. 1, p. 116, 1896.

[10] N.-E. Bonnet. *Des troubles nerveux dans l'intoxication par le sulfure de carbone.* Th. de Paris, 1885.

vénéneux occasionnent des troubles nerveux, des phénomènes d'excitation au début de l'empoisonnement, de dépression à la fin. Les conserves avariées sont susceptibles de déterminer des symptômes de même ordre.

3. *Poisons médicamenteux.* — On étudiera plus loin les troubles qui résultent de l'abus de l'opium et de la morphine.

On sait les effets, sur les centres nerveux, du *haschisch* (Moreau de Tours), qui provoque des rêves et des hallucinations fantastiques (Th. Gautier)[1] et, à la longue, peut entraîner la déchéance progressive des facultés.

L'*éther*, le *chloral*, l'*hyoscine*, la *cocaïne*, déterminent eux aussi d'abord des phénomènes d'excitation et de suractivité intellectuelle qui font place plus tard à l'affaissement et à la torpeur.

L'administration de l'*acide salicylique* a occasionné quelquefois un délire extrêmement violent accompagné d'hallucinations de la vue et de l'ouïe (Rendu[2], Bernard et Gaillard)[3].

Il en est de même de l'*atropine*[4], du *chloroforme*, de l'*iodoforme* (Schlesinger[5]). Siemens[6], dans une épidémie d'*ergotisme*, a observé, à titre de complication de l'empoisonnement, de la mélancolie, de la folie systématique religieuse, de l'hébétude compliquée d'accès maniaques.

4. *Poisons nationaux.* — On peut qualifier ainsi l'*alcool* et le *tabac*. On trouvera plus loin tous les renseignements relatifs aux accidents cérébraux de l'alcoolisme.

Quant au tabac, pour être d'un usage moins pernicieux que l'alcool, il n'en est pas moins dangereux. Il frappe la mémoire : il y a une amnésie aphasique nicotinique (G. Ballet[7], Rouillard[8]). On a avancé qu'il y aurait aussi une paralysie générale nicotinique (Jolly[9], Lefebvre de Louvain[10], Krafft-Ebing[11]); la preuve n'en est pas faite. Le tabac, en outre, serait capable,

[1] Th. Gautier. *Le club des haschischins.* Romans et contes. Paris, 1887, p. 429.

[2] Rendu. *Un cas de délire salicylique.* Soc. méd. des hôp., 28 oct. 1898. Semaine médicale, n° 55, 1898, p. 446.

[3] Bernard et Gaillard. *Un cas de délire salicylique.* Soc. méd. des hôp., 28 oct. 1898. Sem. méd. n° 56.

[4] E. Beyer. *Du délire dans l'intoxication par l'atropine.* Centr. f. Nerven. XXI, N. F., IX, 1898.

[5] Eug. Schlesinger (in Strasbourg). *Die bei der Behandlung mit Iodoforme auftretenden psychischen Störungen.* Allg. Zeitsch. f. Psych., 1898, LIV Bd., 6 Heft, p. 979.

[6] Siemens. *Des psychoses dans l'ergotisme.* Arch. f. psych. u. Nervenk, t. XI.

[7] G. Ballet. *Le langage intérieur.* Th. d'agrég. Paris, 1886, in-18, p. 141.

[8] A. Rouillard. *Effets du tabac sur l'intelligence et en particulier sur la mémoire.* Encéphale, 1886, n° 3, p. 354.

[9] P. Jolly. *Le tabac et l'absinthe, leur influence sur la santé publique, sur l'ordre moral et social.* Paris, J.-B. Baillière et fils, 1875, 1 vol. in-18. Mémoire lu à l'Acad. de méd. en 1869.

[10] Lefebvre de Louvain. Cité par Buccelli, in Riv. di Patol. nerv. e ment., vol. II, f. 7, p. 303.

[11] Krafft-Ebing. Cité par Rouillard, p. 351 et 352.

d'après Kielberg[1], de donner lieu à de véritables psychoses, dont Buccelli[2] à la vérité ne reconnaît pas la réalité.

Il ne faut pas perdre de vue d'ailleurs qu'à l'abus du tabac s'associe très communément celui de l'alcool; un grand fumeur est habituellement un buveur. Ce qui autorise à admettre que, dans un grand nombre de cas, les effets observés ont pu être rattachables à une étiologie complexe.

[1] Kielberg. *Bericht über d. Xe Intern. Cong. in Berl.* Donnerstag den 7 Aug. 1890, Neurol. Centr. 1890, p. 539.

[2] Buccelli. *Turbe nervose per astinenza da tabacco, in sogetti nevro psicopatici.* Riv. di. Patologia nerv. e. ment. Luglio, 1897, vol. II, fasc. 7, p. 304.

CHAPITRE III

CONSIDÉRATIONS SUR LES RÈGLES ET LES ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC GÉNÉRAL DANS LES AFFECTIONS MENTALES

Par J. SÉGLAS

Au moment de se prononcer sur l'existence ou la nature d'une affection mentale, des difficultés de tout ordre se dressent devant le clinicien. L'insuffisance de données certaines sur l'anatomie et la physiologie cérébrales, l'absence dans la majorité des cas d'un substratum anatomique défini, ou de symptômes vraiment pathognomoniques permettant de classer nettement la maladie, parfois même de délimiter d'une façon formelle la raison de la folie, le côté purement subjectif de la plupart des phénomènes que l'on aura à qualifier, leur variabilité suivant les sujets et suivant les moments, leur complexité rendent déjà très ardue la solution du problème diagnostique. Ajoutons qu'au point de vue pratique, on a souvent à lutter contre l'inconscience où le malade peut être de son état, contre la dissimulation ou la simulation, contre la méfiance, les préjugés des familles.

Aussi est-il nécessaire d'adopter une méthode d'examen clinique capable d'accumuler les preuves de toute espèce afin d'aboutir à un diagnostic précis.

Même dans les cas où elle revêt une forme aiguë, la folie n'est que rarement une maladie tout à fait accidentelle. Elle a presque toujours des racines plus ou moins profondes dans la constitution même de l'individu ; elle peut n'être même que la traduction d'un défaut d'équilibre intellectuel, d'un développement anormal ou insuffisant.

Les maladies mentales ne sont pas seulement, comme on se plaît à le répéter trop souvent, des affections cérébrales avec prédominance des symptômes psychiques. Elles sont aussi, et en même temps, des maladies de la personnalité tout entière (Morselli). Or, cette personnalité n'est qu'une vaste synthèse comprenant tous les éléments constitutifs de l'organisme individuel, et résultant d'une évolution double, à la fois somatique et psychique.

Cette évolution elle-même est sous la dépendance de deux facteurs primordiaux, d'action et de rapports variables. L'un est la constitution héréditaire transmise par les générations précédentes ; l'autre est l'influence du milieu dans lequel nous vivons notre existence.

Il est impossible d'avoir une conception exacte, scientifique de la personnalité humaine, si l'on ne tient pas compte de ces considérations diverses. — Ce sont là par conséquent les bases capitales sur lesquelles doit reposer le diagnostic de la folie.

L'examen de tout individu présumé aliéné comporte donc naturellement plusieurs faces.

1° Un *examen anamnestique*, ou recherche des antécédents héréditaires, de la nature du milieu, des antécédents personnels; destiné à établir les caractères précis de l'individualité physique et psychique du sujet et en même temps à fixer les causes, l'origine, les prodromes et l'évolution de la maladie antérieurement à l'observation.

2° Un *examen symptomatique* permettant de relever les désordres produits par la maladie dans les différentes fonctions de tout l'organisme, d'en déterminer la valeur et les rapports respectifs.

Cet examen symptomatique comporte lui-même plusieurs parties : (*a*) un examen *mental;* (*b*) un examen *somatique* s'adressant non seulement au système nerveux, mais à toutes les fonctions de l'organisme; (*c*) enfin un examen *morphologique*.

Nous ne pourrions traiter dans ce chapitre de toutes ces parties de l'examen général des aliénés, sans faire d'inutiles répétitions.

Pour l'examen anamnestique, le lecteur trouvera les données nécessaires aux différents chapitres de l'étiologie générale et du terrain sur lequel se développent les psychoses constitutionnelles.

Les données de l'examen morphologique et de l'examen somatique seront exposées dans des chapitres à part.

Nous nous occuperons donc seulement ici de l'examen mental. Il doit comprendre à la fois la recherche des phénomènes délirants proprement dits, et de plus, celle de l'état des facultés intellectuelles et de leur mode d'activité.

Il comporte plusieurs procédés d'investigation qui se prêtent un mutuel appui, en permettant de recueillir des documents variés non seulement sur l'état mental *subjectif* du malade, mais aussi sur ses manifestations extérieures, *objectives*, dans le langage, les écrits, l'attitude, la conduite, les actes, etc... On pourrait les classer par ordre d'importance, dans la majorité des cas, de la façon suivante :

Examen mental.	Observation directe . .	Interrogatoire. Inspection.
	Observation indirecte .	Preuves matérielles. Témoignages des personnes en contact avec le malade.
	Expérimentation.	

Interrogatoire. — Chez l'aliéné comme chez l'homme sain, c'est surtout par l'intermédiaire du langage que se traduiront au dehors les différents états de conscience. Aussi l'interrogatoire constitue-t-il la base fondamentale de

tout examen psychologique, surtout lorsqu'il s'accompagne en même temps de l'inspection directe de l'aliéné.

Savoir interroger l'aliéné est la première qualité requise pour arriver à un diagnostic psychiatrique précis. Et ce n'est pas chose facile. En effet, la façon de conduire l'interrogatoire varie non seulement suivant chaque forme morbide, mais encore dans chaque cas particulier.

Il est donc presque impossible de tracer à ce propos des règles absolues, et l'on ne peut indiquer que certaines considérations générales.

« Il faut, répète-t-on souvent, laisser parler l'aliéné. » Le conseil est excellent en lui-même, mais il ne doit pas être entendu d'une façon tout à fait exclusive. Dans tous les cas, l'interrogatoire comporte l'intervention active du médecin, soit pour lui imprimer une certaine direction, soit pour approfondir certains points de détail et provoquer chez l'aliéné toutes les manifestations possibles de son délire, soit même pour recueillir les premiers renseignements, indispensables pour le diagnostic, s'il est méfiant ou dissimulé.

Cette intervention active doit toujours être faite avec tact et prudence, de façon à établir et à maintenir toute la sympathie possible entre le médecin et le malade, à ne pas éveiller ses soupçons, ni provoquer par suite des réponses ou des réactions qui pourraient induire en erreur sur son véritable état mental.

L'interrogatoire d'un aliéné, *dans la pratique ordinaire,* ne consiste pas dans un questionnaire pur et simple, mais doit plutôt en général prendre l'allure d'une conversation aisée et la plus naturelle possible, dont le ton et la direction devront varier suivant les nécessités du cas particulier.

En raison de ces variations, de la part d'initiative qu'elles laissent à l'observateur, des qualités et connaissances spéciales qu'elles exigent de sa part, cette méthode d'interrogatoire, subjective, a été très attaquée; et l'on a essayé de lui substituer une méthode dite objective, mise à la portée de tous, consistant en un schéma de questions invariables, en vertu du principe que l'emploi de stimulus identiques peut seul fournir, chez des sujets différents, des données comparables.

Rieger, s'inspirant des idées de Guislain, avait déjà tenté de réduire l'examen psychique des aliénés à un interrogatoire schématique. Sommer, donnant plus tard à cette idée une forme pratique, établit un questionnaire systématique composé de 22 demandes, suffisantes à son avis pour déterminer la présence d'anomalies de l'orientation, de l'affectivité, d'idées délirantes, d'hallucinations et faire ainsi le diagnostic. Dans le même but, Ferrari a proposé pour l'examen *clinique* des aliénés un questionnaire de 47 demandes ainsi réparties : orientation 8; conscience du moi 4; mémoire 9; affectivité 7; délire et hallucinations 6; raisonnement et calcul 7; sentiments moraux 6. Ce questionnaire qui doit être fait systématiquement, sans y intercaler jamais d'autres demandes, peut très bien, pense l'auteur, donner une idée *complète* (?) de l'état psychique d'un malade et même, s'il est convenablement répété, de l'évolution et des modifications de la maladie. En France,

Toulouse a dressé aussi un questionnaire pour servir à l'examen complet et systématique des aliénés.

Il ne faut pas, croyons-nous, s'exagérer ni les avantages, ni les inconvénients de cette méthode. Il est bien difficile d'admettre que la formule identique de la question suffise à assurer l'identité du stimulus; ce serait négliger bien volontiers l'influence de facteurs multiples, accompagnement forcé de tout questionnaire, même schématique. N'importe-t-il pas aussi de tenir compte de la variété des sujets qui doivent réagir? Comment un schéma identique peut-il servir indifféremment à l'interrogatoire d'un confus ou d'un paranoiaque? d'individus d'âge, de sexe, d'éducation, de niveau intellectuel différents? D'ailleurs, en raison même de la nature complexe de tout phénomène psychique, il n'est pas de question, si simple soit-elle, qui ne puisse susciter des réactions dans les champs les plus divers de l'activité mentale, si bien qu'un interrogatoire, même sous forme de questionnaire, ne peut être assimilé à une expérience rigoureuse.

La pratique clinique démontre aussi bien vite qu'on ne peut interroger un même malade chaque fois dans le même ordre et systématiquement; qu'un interrogatoire de ce genre n'est applicable qu'a un nombre restreint de malades; que réduit à un petit nombre de questions, il est par lui-même absolument insuffisant pour établir un diagnostic et un pronostic de quelque valeur; et que le compliquer, c'est le rendre pratiquement inapplicable.

Toutefois, cela ne veut nullement dire que ces procédés de recherche psychologique doivent être proscrits de l'examen des aliénés. S'ils ne peuvent guère être utilisés avantageusement pour le diagnostic nosologique, ils sont de nature à rendre de réels services dans l'étude approfondie de tel ou tel détail *particulier* de symptomatologie. Il est toujours bon en pareil cas de s'aider d'un plan de recherche constitué par un schéma de questions dressé à l'avance, d'un caractère d'autant plus précis qu'elles pourront être alors plus détaillées. Cela ne veut nullement dire que ces questions devront toujours être faites telles qu'elles, en totalité, dans le même ordre. Il sera même souvent préférable, tout en ne les perdant pas de vue, de laisser l'interrogatoire prendre l'allure, le ton, l'étendue en rapport avec les conditions du cas et du moment, pour en extraire ensuite les réponses qui peuvent s'adapter aux différents points du questionnaire schématique.

Mais, quel que soit le but qu'on se propose, il est toujours nécessaire de recourir à l'ancienne méthode d'examen subjectif, pour donner l'unité nécessaire aux données éparses, détachées, ainsi recueillies par la méthode dite objective.

Aussi pensons-nous qu'il convient de laisser à l'observateur la plus grande liberté dans ses recherches, *à la condition formelle de ne pas perdre de vue les règles générales que nous exposerons plus loin.*

Lorsqu'on a à interroger un individu présumé aliéné, on peut se trouver en face des deux éventualités suivantes : le malade répond ou ne répond pas aux questions qui lui sont posées.

A ce propos, Shaw a donné, dans un intéressant chapitre, d'excellentes indications diagnostiques qui ont été reprises, commentées et développées par Morselli.

A. — Le malade répond aux questions.

α. Non seulement il répond à toutes les demandes, mais il est même en état de soutenir une conversation suivie.

Cela s'observe notamment dans les états de dépression peu accentués, tels que la mélancolie simple, sans délire; dans certaines formes ou périodes de folie intermittente; chez la plupart des délirants systématiques, persécutés, mystiques, hypocondriaques etc. ; chez les persécuteurs, les fous moraux et raisonnants; les obsédés et impulsifs conscients, etc.

β. Tout en répondant à certaines questions, le malade ne peut plus soutenir une conversation, parce qu'il se trouve sous le coup d'un état émotionnel pathologique.

C'est le cas des divers états maniaques ou mélancoliques simples ou symptomatiques ; des épisodes secondaires d'excitation, de dépression, d'anxiété, survenant, par exemple, dans les délires hallucinatoires aigus, les délires toxiques, infectieux, névropathiques, ou au cours de vésanies chroniques.

γ. Le malade peut encore répondre, mais ne peut soutenir une conversation parce que les facultés intellectuelles sont plus ou moins affaiblies.

Plusieurs cas généraux peuvent alors se présenter. Ou bien il s'agit d'une gêne momentanée dans l'exercice intellectuel (torpeur cérébrale, confusion mentale) ; ou bien l'affaiblissement mental est définitif comme dans les différents états démentiels ou dans ceux de débilité congénitale.

B. — Mais l'aliéné peut ne pas répondre.

α. Parce qu'il en est incapable. C'est le cas des idiots, des crétins, des déments très avancés.

β. Parce qu'il se renferme dans un mutisme absolu.

Nous aurons l'occasion d'exposer plus loin les différents aspects et les causes diverses de ce mutisme vésanique.

γ. Le malade ne répond pas, mais parle pour son compte.

Cette éventualité s'observe dans la manie, dans les délires hallucinatoires de diverses causes, dans les états de confusion mentale délirante, dans certaines formes de démence.

δ. Le malade ne prononce plus que des phrases décousues, des mots inarticulés.

C'est le cas de la démence incohérente, de la paralysie générale, de l'idiotie.

Inspection. — L'inspection a pour but d'observer les manifestations extérieures des troubles mentaux dans la physionomie, la mimique, la parole spontanée, l'attitude, la démarche, les mouvements, les actes.

Les renseignements qu'elle fournira seront d'autant plus importants que l'aliéné sera observé dans son milieu habituel. C'est un fait d'observation constante, sur lequel même est basée la pratique de l'isolement dans les affections mentales, que le changement de milieu modifie toujours dans un sens ou dans l'autre, non seulement les manifestations extérieures de l'état mental, mais cet état mental lui-même.

Certains aliénistes ont l'habitude de faire coucher indistinctement tous leurs malades *avant* de les examiner et de les observer ainsi au lit. Cette pratique exclusive ne nous paraît pas devoir être imitée. Les aliénés dont on examine l'état mental, doivent être, avons-nous dit tout à l'heure, observés autant que possible dans les conditions de leur existence ordinaire. Or, ce n'est que le plus petit nombre qui se trouve forcé de s'aliter en raison même de l'affection mentale. Si ces aliénés-là doivent être examinés au lit, les autres en plus grand nombre doivent être examinés debout, libres de leurs mouvements ; on ne les fera dévêtir et coucher que lorsqu'on aura des renseignements suffisants au point de vue de l'état mental et pour compléter l'examen par la recherche des symptômes somatiques et des stigmates anthropologiques.

Cette question de l'examen au lit ne préjuge d'ailleurs en rien de celle du traitement au lit que l'on pourra appliquer ensuite, si besoin est, et qui rend d'incontestables services dans la thérapeutique mentale.

Preuves matérielles. — Cette partie de l'examen comporte la recherche et l'étude des différents détails réalisant sous une forme concrète l'extériorisation des pensées et des sentiments intimes du malade.

Ces preuves matérielles n'ont évidemment de valeur qu'autant qu'elles sont le produit spontané de l'activité mentale du sujet.

Leur appréciation exacte comporte toujours plusieurs faces. Elles doivent être jugées d'abord en elles-mêmes, dans leur exécution, puis dans leur signification et enfin par comparaison à des preuves de même espèce, recueillies avant le début de la maladie.

Au premier rang de ces preuves matérielles se placent les écrits que nous aurons l'occasion d'examiner longuement par la suite ; puis toutes autres espèces de manifestations idéographiques, tatouages, dessins, sculptures, œuvres d'art, et travaux divers ; enfin, la tenue extérieure du malade, sa façon de se vêtir, ses vêtements en eux-mêmes, sa coiffure, les emblèmes divers dont il se revêt à l'occasion, etc.....

Témoignages des personnes en rapport avec le malade. — Ils ne doivent être accueillis par le médecin, surtout en matière d'expertise médico-légale, ou lorsque le malade observé est en liberté, qu'avec la plus extrême réserve.

D'ordinaire, la plupart des témoins auxquels on peut avoir affaire sont assez incompétents au point de vue de l'observation médico-psychologique, et ont presque toujours une tendance à substituer leur interprétation personnelle à la notation pure et simple des faits. Aussi est-il toujours pru-

dent d'étudier le témoin en même temps que les témoignages, qui valent plus par leur qualité que par leur quantité.

On doit d'ailleurs user de la même prudence vis-à-vis des renseignements anamnestiques dont nous avons parlé plus haut, puisqu'ils sont de même nature ; eux aussi ne doivent être accueillis qu'après avoir été sérieusement discutés et contrôlés.

Expérimentation. — Enfin, l'examen mental de l'aliéné sera complété, à l'occasion, à l'aide des différents procédés d'expérimentation en usage maintenant en psychiatrie : recherches de physiologie et de psychologie expérimentales, de psychophysique, de psychométrie, hypnotisme, mental tests...

Quelques services qu'elles puissent rendre, ces différentes méthodes ne doivent pas être placées au premier rang dans l'examen des aliénés ; elles sont insuffisantes par elles-mêmes à établir un diagnostic, et cela pour plusieurs raisons.

Il est toujours indispensable de recourir, avant d'en faire usage, aux autres procédés d'examen, ne serait-ce que pour déterminer le terrain sur lequel on opère et fixer ainsi, autant que faire se peut, les conditions de l'expérience.

Elles nécessitent une instrumentation spéciale assez compliquée, qui ne permet leur usage qu'à l'hôpital, dans des laboratoires organisés dans ce but. (Aussi ne les étudierons-nous pas dans ces articles, écrits dans un but exclusivement pratique).

Enfin, elles ne sont applicables qu'à un nombre restreint de cas, en raison même de l'état mental, de la nature des troubles mentaux dont le sujet est affecté.

Cela ne veut dire nullement qu'il faille se décourager devant ces difficultés ; ces méthodes ont déjà donné des résultats intéressants qui permettent d'espérer mieux encore dans l'avenir.

Règles générales. — Pour arriver à la détermination de l'état mental d'un individu, aussi exacte et aussi précise que possible, il est plusieurs principes généraux qu'il importe de ne pas perdre de vue. Ils ont été formulés autrefois d'une façon vraiment magistrale par J.-P. Falret et depuis, on n'a guère fait que reproduire les règles tracées par cet éminent aliéniste.

Un examen mental sérieux ne comporte pas seulement la notation pure et simple des phénomènes saillants, mais il faut examiner le fond des choses. Il ne suffit pas de constater les manifestations du délire, mais il convient de remonter des effets aux causes.

Pour arriver à découvrir les états psychiques qui sont la source de ces manifestations, sur lesquels elles germent et se développent, « ne réduisez pas, dit J.-P. Falret, votre devoir d'observateur au rôle passif de secrétaire des malades, de sténographe de leurs paroles, ou de narrateur de leurs actions. Soyez convaincus que si vous n'intervenez pas activement, si vous prenez en quelque sorte vos observations sous la dictée des aliénés, tout l'état

intérieur de ces malades se trouve défiguré en passant à travers le prisme de leurs illusions et de leur délire. »

« Les aliénés, en effet, sont bien plus habiles qu'on ne le pense à colorer et à transformer leur situation mentale, pour s'en rendre compte, l'expliquer aux autres ou pour donner le change sur leurs véritables intentions... Conserver aux divers faits qu'ils racontent les rapports d'importance et de subordination qu'ils ont eux-mêmes établis, c'est absolument comme si l'on croyait avoir dépeint exactement le caractère d'un individu raisonnable en racontant textuellement, au milieu des faits qu'il nous rapporterait sur lui-même, les jugements qu'il aurait portés sur ses pensées et sur ses actes...

« Le premier principe à suivre, pour arriver à la connaissance des faits généraux qui doivent primer les faits secondaires, est donc de changer son rôle passif d'observateur des paroles et des actes des malades en rôle actif, et de chercher souvent à provoquer et à faire jaillir des manifestations qui ne surgiraient jamais spontanément, à cause de la direction d'esprit spéciale dans laquelle le malade se trouve engagé. »

En second lieu, il importe de ne jamais se laisser dominer par la préoccupation de faire rentrer le malade en examen dans l'un des types nosographiques connus et classés.

Ce serait s'exposer volontairement à de graves erreurs d'appréciation. Les classifications sont encore trop instables, trop imparfaites pour que l'on y puisse faire rentrer tous les cas que l'on est exposé à rencontrer en pratique, et l'on décrit tous les jours des faits intermédiaires, de transition entre les principaux types déjà connus, que l'on est fort embarrassé de classer. En admettant même qu'un malade semble atteint d'une vésanie de type connu, on peut toujours relever chez lui deux ordres de symptômes, les uns génériques qui lui sont communs avec les autres malades du même type ; les autres spécifiques qui sont le produit de sa constitution psychique particulière.

Ce sont ceux-là qui sont les plus importants pour le clinicien au point de vue du diagnostic, du pronostic, du traitement, etc.

Aussi doit-on toujours étudier l'aliéné dans ce qui le distingue individuellement, et non dans les phénomènes qui lui sont communs avec d'autres aliénés, d'après les classifications existantes.

Ajoutons qu'au point de vue purement scientifique, ainsi que le disait J.-P. Falret : « autant ce procéde est défectueux en lui-même lorsqu'une science est arrivée à un haut degré de perfectionnement, puisqu'il tend à fixer l'attention sur des différences individuelles et à l'éloigner de la recherche des phénomènes connus, autant il est indispensable lorsqu'une science est encore à son début. C'est alors un moyen précieux pour se soustraire aux influences dangereuses de classifications arbitraires et pour conduire à la découverte des caractères vraiment importants. »

Un troisième principe et non le moins important est le suivant :

« Ne jamais séparer un fait de son entourage, de toutes les conditions intérieures ou extérieures au sein desquelles il a pris naissance, du sol sur lequel il a germé et s'est développé, et de toutes les circonstances qui le pré-

cèdent, l'accompagnent ou le suivent. Sans cette précaution importante, il est impossible d'arriver à la connaissance exacte du plus simple fait ; on ne voit que le résultat brut et l'on n'en voit pas l'origine, ni la portée, ni les conséquences. »

Ce précepte, ainsi formulé par Falret, est d'une concision éloquente et d'une rigoureuse exactitude. Le méconnaître c'est renoncer à jamais faire un diagnostic de quelque valeur ; bien plus, c'est s'exposer de propos délibéré à ne pas soupçonner, dans un cas donné, l'existence de la folie, ou inversement à considérer comme aliéné tel individu qui ne sera qu'un esprit faux, illogique ; à confondre le délire et l'erreur.

Enfin, il importe de se rappeler qu'un examen ne doit pas consister seulement dans des constatations positives. A côté de celles-ci, il en est d'autres qui n'ont pas une moindre importance, ce sont les constatations négatives, c'est-à-dire « qu'au lieu de constater directement les faits qui se présentent, on constate l'absence de certains faits dans les conditions où ils devraient nécessairement se produire chez une intelligence régulière. »

CHAPITRE IV

SÉMÉIOLOGIE DES AFFECTIONS MENTALES

Par J. SÉGLAS

I. — SIGNES MORPHOLOGIQUES

Dans les affections qui relèvent du domaine de la médecine générale, l'examen morphologique des malades est complètement relégué au second plan. Si on vient à le pratiquer, on se borne à examiner les seules modifications de la forme du corps en rapport avec la maladie existante.

Chez les aliénés, au contraire, cet examen des formes du corps doit être fait complètement et en détail ; *non pas qu'à lui seul il suffise pour établir l'existence ou la pathogénie d'un état d'aliénation mentale,* mais il acquiert de l'importance en ce sens qu'il peut fournir parfois des renseignements utiles au point de vue étiologique, en révélant les traces d'anomalie diverses, de troubles du développement fœtal ou infantile, d'états pathologiques dont on aura ensuite à spécifier, à l'aide d'investigations d'un autre ordre, la nature et les rapports avec les troubles mentaux.

L'examen morphologique complet devrait comprendre non seulement les anomalies de la conformation extérieure, mais encore celles des organes internes, qui *peuvent être seuls intéressés.* Nous nous contenterons d'envisager les premières, celles qui nous sont accessibles sur le vivant, en nous bornant simplement à une revision des différentes particularités que l'examen somatique extérieur peut révéler et à une exposition des données principales indispensables, *élémentaires* et surtout *très pratiques* que l'on peut utiliser à l'occasion autant en clinique qu'en médecine légale.

L'examen morphologique de l'aliéné pourrait se diviser en deux parties :

1° Les caractères descriptifs ;

2° L'examen anthropométrique.

L'exposition successive des résultats divers fournis par ces deux examens nous entraînerait à des répétitions ; aussi nous semble-t-il préférable de les faire à la fois pour chaque partie du corps prise successivement.

Nous nous reporterons le plus souvent dans cet exposé, en ce qui concerne la terminologie, les procédés anthropométriques, aux indications de Broca, les plus claires et les plus généralement admises.

A. — Tête.

L'examen de la tête est celui qui a toujours été mis en première ligne. Sans doute, nous ne croyons plus aujourd'hui à la correspondance exacte entre telles irrégularités de l'extrémité céphalique et le développement ou l'atrophie de certaines facultés. Mais, sans aller jusque-là, il y a certaines modifications dans la morphologie de la tête qui se représentent assez fréquemment chez les aliénés pour mériter l'attention et faire l'objet d'une mention spéciale.

L'examen de la tête se divise en deux parties, celui du crâne proprement dit et celui de la face.

1. Crane. — Le crâne, tel que nous avons à l'étudier, est cette région de l'extrémité céphalique qui commence en avant au-dessus des sourcils et s'étend en arrière jusqu'à la nuque. Nous n'avons à nous occuper dans l'examen clinique que de la voûte du crâne, la base étant inaccessible, sur le vivant, à nos investigations. Les limites du crâne étant ainsi comprises, il en résulte ce petit fait, trop souvent négligé et qui a son importance, c'est que, pour l'aliéniste comme pour l'anthropologiste d'ailleurs, le front fait partie du crâne et n'a rien à voir avec la face.

L'examen du crâne comporte trois procédés : l'inspection, la palpation (caractères descriptifs), la mensuration (craniométrie).

1° *Inspection du crâne.* — L'inspection, qui renseignera dejà sur la forme et le volume du crâne, comporte l'examen sur quatre faces et doit se faire par en *haut, de profil, en avant et en arrière*. Par en haut, c'est la méthode de la *norma verticalis* ou *superior* de Blumenbach, qui permettant de voir les régions frontales, pariétales, une partie des régions temporales et occipitales, sert à découvrir certaines particularités de conformation, telles que la plagiocéphalie, la brachycéphalie, la dolichocéphalie, etc.

La vue de profil, ou suivant la *norma lateralis* de Camper, montrera le développement proportionnel de la face et du crâne, la forme du front, saillant ou fuyant, l'acrocéphalie, la dolichocéphalie, le degré de proéminence de l'occipital, etc.

La vue de face, suivant la *norma anterior,* facialis ou frontalis (Prichard), montre la hauteur et la largeur du front, la dépression latérale de la région fronto-pariétale, l'asymétrie frontale, etc.

L'inspection suivant la face postérieure, *norma posterior* (Laurillard) ou occipitale, peut donner des indications sur la hauteur des bosses occipitales, la largeur bimastoïdienne, l'implantation des pavillons auriculaires.

2° *Palpation du crâne.* — La palpation des diverses parties du crâne pourra confirmer les résultats donnés par l'inspection, et en outre, permettra de se rendre compte de la nature de certaines saillies, en les faisant rattacher aux parties molles ou aux parties osseuses. Elle permettra d'apprécier la forme

générale du crâne, sa grosseur, les dépressions craniennes, le volume des bosses frontales, pariétales, occipitales; leur situation symétrique ou non (plagiocéphalie), l'état des sutures craniennes (scapho-céphalie, trigonocéphalie, os wormiens, hydrocéphalie, encéphalocèle), l'existence de traumatismes antérieurs.

3° *Mensuration du crâne.* — Si l'inspection et la palpation du crâne ont déjà pu donner des renseignements sur la forme, le volume du crâne, il importe de les compléter à l'aide de la mensuration. Aussi, sans entrer dans des détails fastidieux, — d'ailleurs peu utiles pour l'aliéniste qui poursuit un tout autre but que l'anthropologiste et n'a pas besoin de mesures aussi minutieuses, — nous bornerons-nous à donner ici quelques indications simples et pratiques à propos des mesures craniométriques qu'il est nécessaire de connaître.

Les instruments absolument indispensables sont : 1° le *compas d'épaisseur* de Broca, analogue au pelvimètre et qui sert à prendre les diamètres maxima du crâne; 2° le *mètre à ruban,* divisé en centimètres et millimètres et qui sert à l'évaluation des différentes courbes craniennes; 3° l'*équerre flexible auriculaire*, formée de deux lames d'acier en forme de T.

Les points de repère qu'il faut connaître sont les suivants (fig. 1) :

Sur la ligne médiane :

a. La *glabelle*, renflement situé au-dessus de la racine du nez, remplacé quelquefois par un méplat, exceptionnellement par une dépression légère.

b. L'*ophryon* (οφρυς, sourcil), au milieu de la ligne transverse sus-orbitaire ou diamètre frontal inférieur, ligne qui correspond sensiblement chez le vivant à l'arc des sourcils.

c. Le *vertex,* ce n'est pas un point anatomique, mais l'endroit le plus élevé du crâne au-dessus du plan horizontal.

d. L'*inion* (ινιον, nuque), ou protubérance occipitale externe.

e. Le point occipital *maximum,* ou le plus reculé.

f. Le *bregma céphalométrique,* dont on détermine la position à l'aide de l'équerre flexible auriculaire. Un tourillon fixé à la jonction des deux branches est introduit dans le conduit auditif d'un côté; la branche verticale est fléchie sur la tête et amenée à l'autre oreille. Son point d'intersection avec la ligne médiane antéro-posterieure est le bregma cephalométrique, très peu différent du bregma proprement dit.

Sur les parties latérales :

a. *Le point sus-auriculaire,* situé au-devant et un peu au-dessous de l'insertion supérieure de l'oreille, au niveau de la saillie formée par la racine transverse de l'arcade zygomatique.

b. *Le point le plus saillant des pariétaux.*

c. *L'apophyse orbitaire externe.*

Les mesures craniennes utiles à l'aliéniste sont peu nombreuses.

Comme il n'existe à ce propos aucun document d'ensemble dans les travaux des aliénistes français, nous empruntons les données suivantes au travail de la commission anthropologique nommée au troisième congrès

phréniatrique italien (Reggio-Emilia, 1880) et composee de Morselli, Tamburini, Verga, Virgilio, Amadéi. Il va sans dire que tous les chiffres indiqués ci-dessous ne constituent que des moyennes variables suivant les races, comme d'ailleurs la plupart des caractères anthropologiques, ce qui rend fort difficile l'appréciation exacte de leur valeur chez les aliénés.

1° La *courbe antéro-postérieure* ou *médiane* ou *longitudinale* ou *fronto-*

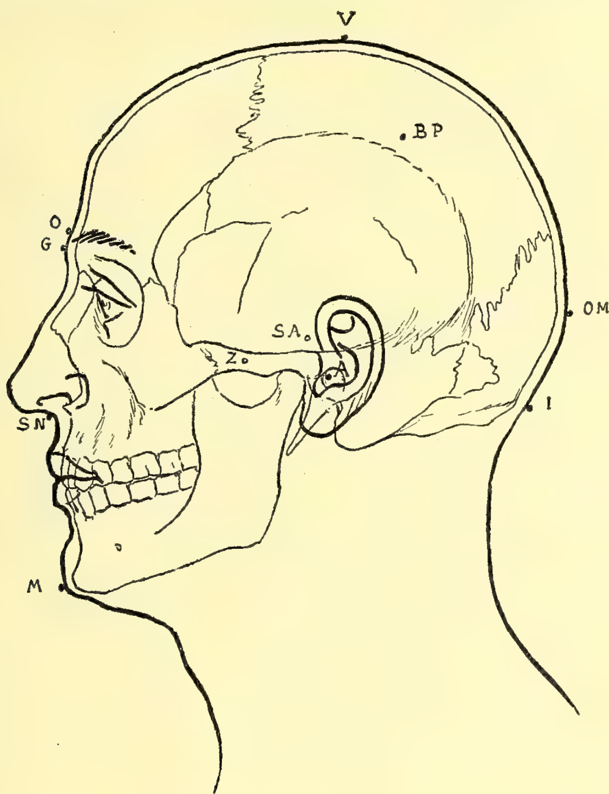


Fig. 1.

G, glabelle. — O, ophryon. — V, vertex. — I, inion. — OM, point occipital maximum. — SA, point sus-auriculaire. — BP, bosse pariétale. — M, point mentonnier. — SN, point sous-nasal. — Z, point zygomatique. — A, point auriculaire. (J. Séglas. In *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, I, IV, 1891.)

iniaque. Elle se prend avec le mètre à ruban, en fixant le zéro à la racine du nez, au-dessous de la glabelle et en faisant passer l'instrument sur le milieu du front, sur le vertex, l'occipital, jusqu'à l'inion.

En général, la longueur de cette courbe, *sur le vivant,* oscille respectivement dans les deux sexes autour de 335 (H) et 310 millimètres (F).

2° *La courbe transverse* ou *sus-auriculaire,* qui va d'un point sus-auriculaire à l'autre, en passant par le bregma. Cette courbe, chez le vivant, oscille autour de 340 (H) et 325 (F) millimètres.

3° *La circonférence horizontale maximum.*

Elle se prend avec le mètre à ruban en plaçant le zéro à l'ophryon, contournant le crâne en passant au-dessus de l'insertion supérieure de l'oreille, puis par le point le plus saillant de l'occipital pour revenir à l'ophryon, en restant de l'autre côté du crâne toujours sur un même plan. Cette circonférence oscille, chez le vivant, autour de 560 (H) et 520 (F) millimètres.

On y distingue :

a. *La demi-courbe antérieure* donnée par la mesure du segment rejoignant les deux points situés au-dessus de l'insertion supérieure des oreilles en passant par l'ophryon.

b. *La demi-courbe postérieure* donnée par la mesure du segment joignant les deux mêmes points et passant par le point maximum de l'occipital.

c. *La demi-courbe latérale droite* allant de l'ophryon au point occipital maximum en passant au-dessus de l'insertion supérieure de l'oreille droite.

d. *La demi-courbe latérale gauche* prise d'une façon identique du côté gauche.

Ces différentes courbes peuvent être dessinées à l'aide de lamelles de plomb, larges de 1 centimètre, épaisses de 2 millimètres (procédé de Marcé). Ces lamelles étant bien appliquées suivant le trajet de la courbe cherchée, les points de repère y sont marqués avec l'ongle. A leur niveau, on applique les deux branches du compas, dont on maintient l'ouverture en serrant la vis. On enlève le tout et, la lamelle de plomb étant appliquée sur le papier, on replace les deux pointes du compas aux points de repère marqués; on n'a plus qu'à suivre avec une pointe fine le contour de la lamelle pour reproduire la courbe cherchée. Quelqu'approximatif que soit ce procédé, c'est encore le plus simple et le plus commode, les autres plus précis (Mies, Benedickt) nécessitant des calculs compliqués et une instrumentation coûteuse.

4° *Diamètre antéro-postérieur maximum* ou *diamètre longitudinal*. Il se prend au moyen d'un compas d'épaisseur.

On applique avec une main, en se plaçant du côté du malade, une branche de l'instrument sur le point le plus saillant de la glabelle; avec l'autre main, on fait mouvoir l'autre branche du compas sur la partie postérieure de la tête, en restant toujours dans le plan médian antéro-postérieur.

L'écartement maximum des deux branches donne la mesure cherchée et la branche postérieure du compas indique alors le point le plus saillant de l'occipital, qui n'est jamais l'inion, lequel est toujours plus bas et moins proéminent.

Ce diamètre oscille autour de 190 (H) et de 170 (F) millimètres; c'est d'ailleurs une mesure extrêmement variable suivant les races.

5° *Le diamètre transverse maximum* qui se prend également avec le compas. On fait mouvoir les deux branches du compas sur les parties latérales du crâne; on recherche les points les plus saillants, le plus souvent les bosses pariétales, en ayant soin que la ligne qui unit les deux pointes reste toujours dans un plan transversal et rigoureusement horizontal. L'écartement maximum est le diamètre cherché.

Le diamètre transversal maximum oscille autour de 160 (H) et 140 (F) mil-

limètres. Il va sans dire que tous ces chiffres sont des chiffres moyens et que, pour les prendre aussi exacts que possible, il faut avoir soin, surtout chez les femmes, de déplacer les cheveux et de mettre les instruments le plus possible en contact avec la peau.

La connaissance de ces deux diamètres mène à la détermination de l'*indice céphalique*. Elle se fait au moyen de la formule suivante, établie par Broca :

$$\frac{DT\,m \times 100}{DAP\,m} = I.\ C.$$

Ainsi, pour obtenir l'indice céphalique, il suffit de multiplier par 100 le diamètre transversal maximum et de diviser ce produit par le diamètre antéro-postérieur maximum.

Quant aux divisions de types craniens fournies par l'indice céphalique et à leur dénomination, je ne puis ici les exposer toutes, car elles sont extrêmement nombreuses; je me contenterai de rappeler celle de Broca et celle plus récente de Topinard :

DIVISION DE BROCA

Dolichocéphales	dolicho vrais	à 75.00 et au-dessous.
	sous-dolicho	de 75.01 à 77.77.
Mésaticéphales		de 77.78 à 80.00.
Brachycéphales	sous-brachy	de 80.01 à 83.33.
	brachy vrai	de 83.34 et au-dessus.

DIVISION DE TOPINARD

Dolichocéphales	à 64 et au-dessous	ultra-dolicho.
	de 55 à 69	dolicho.
	de 70 à 74	sous-dolicho.
Mésaticéphales	de 75 à 76	sous-mésati.
	77	médiane.
	de 78 à 79	sus-mésati.
Brachycéphales	de 80 à 84	sous-brachy.
	de 85 à 89	sus-brachy.
	à 90 et plus	ultra-brachy.

On peut encore ajouter aux mesures précédentes :

6° *La hauteur du front*, de l'ophryon à la racine des cheveux (compas glissière);

7° *Le diamètre frontal minimum*, qui se prend en plaçant les deux extrémités du compas d'épaisseur immédiatement au-dessus des apophyses orbitaires externes, en dehors de la crête frontale.

8° *Le diamètre vertical sus-auriculaire*, différence de hauteur du vertex et du conduit auditif. (Compas glissière.)

Quelles sont les indications fournies par ces différentes mensurations ?

Les diamètres antéro-postérieur maximum et transverse maximum nous ont renseignés respectivement sur la largeur de la tête.

L'indice céphalique qui en résulte est, pour l'anthropologiste, le meilleur critérium du type cranien. Mais, au point de vue de la psychiatrie, il n'acquiert de la valeur que lorsqu'il dépasse de beaucoup les limites ordinaires, *ultra-dolichocéphalie*, et *ultra-brachycéphalie*.

La courbe antéro-postérieure ne sert pas seulement à dénoter le type dolychocéphale ou brachycéphale, mais elle met aussi en relief la saillie de la voûte du crâne, due souvent à des processus hydrocéphaliques, la saillie de l'occipital et de la suture sagittale (scaphocéphalie), etc.

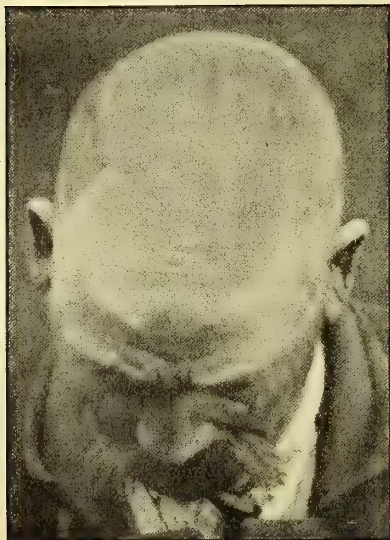


Fig. 2.

La courbe transverse, outre le type cranien, peut dénoter un développement exagéré des régions temporales (hydrocéphalie), une proéminence de la voûte du crâne (acrocéphalie).

La circonférence horizontale maxima indique d'une façon sommaire le plus ou moins de développement de la tête.

Pour avoir une idée plus exacte du volume de la tête, de la capacité cranienne sur le vivant, on additionne quelquefois ensemble ces trois courbes ; leur somme donne un chiffre moyen de 1150 à 1250. Mais il faut bien retenir que ces chiffres représentent des longueurs en millimètres et non des volumes. Ce n'est qu'un moyen tout à fait approximatif de savoir si une tête est grosse ou petite, mais cela ne renseigne pas le moins du monde sur la capacité interne du crâne.

Les deux demi-courbes, antérieure et postérieure, indiquent le développement relatif des moitiés antérieure et postérieure du crâne. Sans affirmer qu'il y a un rapport constant, ce qui serait une exagération, entre le développement de ces deux parties du crâne et les lobes correspondants du cerveau, il est bon de rappeler cependant que, dans les races inférieures et chez les êtres dégradés, les idiots par exemple, le développement de la portion occipitale du crâne est supérieure à celui de la portion frontale. A l'appui de ce même fait, rappelons, sans y insister, les recherches de Broca sur les crânes des infirmiers et des internes de l'hospice de Bicêtre, recherches qui l'ont amené à constater chez ces derniers, évidemment plus cultivés au point de vue intellectuel, un développement plus grand de la moitié antérieure du crâne.

Les demi-courbes latérales dénotent l'asymétrie des deux moitiés du crâne.

Il est rare de trouver un crâne qui ne présente pas un certain degré d'asymétrie; ce qui s'explique aisément lorsqu'on réfléchit qu'en dehors de tout trouble pathologique, il suffit, pour la produire, d'un décubitus postéro-latéral prolongé chez l'enfant. Cette asymétrie chez les aliénés est fréquente et souvent très accentuée; c'est alors qu'elle prend de la valeur en constituant une véritable déformation, la plagiocéphalie (fig. 2).

La hauteur du front et le diamètre frontal minimum ont pour but de renseigner sur le développement de la région frontale. Mais ce sont des mensurations bien sujettes à caution, surtout la première, parce qu'elle varie beaucoup avec la ligne d'insertion des cheveux.

Le diamètre vertical sus-auriculaire permet de calculer l'indice vertical ou mixte du crâne, par la formule suivante :

$$\frac{\text{DV} \times 100}{\frac{\text{DAP}m + \text{DT}m}{2}} = \text{I. V.}$$

Cet indice vertical divise les crânes en *platycéphales* (πλατυς, aplati) ou crânes bas; *orthocéphales* (ορθος, régulier) crânes moyens; *hypsicéphales* (υψος, élévation) crânes élevés. Il n'a aussi de signification pour l'aliéniste que s'il est exagéré dans un sens ou dans l'autre.



Fig. 3.

Les causes des malformations craniennes sont très variables, et tiennent en résumé, les unes au développement anormal de l'encéphale (arrêt de développement, hydrocéphalie), les autres à un vice de développement congénital des parties osseuses (ossification prématurée des sutures, acrocéphalie, scaphocéphalie, etc.), ou à des lésions osseuses (syphilis), à de simples troubles de la circulation sous l'influence d'une attitude vicieuse comme le torticolis (Broca), à une cause mécanique (décubitus, manœuvres artificielles).

Les déformations craniennes les plus fréquentes au point de vue clinique sont les suivantes :

A. *Anomalies de volume.* — 1° *Microcéphalie* (μίκρος, petit), crâne petit fuyant en arrière, face saillante et développée (fig. 3).

2° *Macrocéphalie* (μακρος, grand), crâne grand ou *Céphalonie* (Wirchow).

3° *Hydrocéphalie,* crâne volumineux, en forme de boule, resserré à la base, face petite triangulaire (fig. 4 et 5).

B. *Anomalies de forme.* — 1° *Plagiocéphalie* (πλαγιος, oblique), déformation la plus fréquente; crâne oblique ovalaire, fortement asymétrique,



Fig. 4.



Fig. 5.

(D'après J. Séglas, in *Nouvelle iconographie de a Salpêtrière*, t. IV, 1891. Collection du Dr Bourneville.)

dans lequel la partie antérieure d'un côté et la partie postérieure de l'autre sont plus développées, si bien que le diamètre antéro-postérieur maximum du crâne n'est plus longitudinal mais oblique (fig. 2).

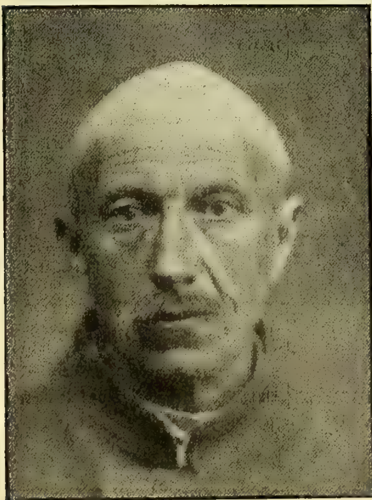


Fig. 6.

2° *Scaphocéphalie* (σκαφος, bateau), crâne en forme de toit ou de carène d'un bateau, allongé dans le sens antéro-postérieur, saillie de la suture sagittale (fig. 6).

3° *Oxycéphalie* (οξυς, pointu) (Wirchow) ou *Acrocéphalie* (ακρον, sommet) (Topinard), déformation caractérisée surtout par l'exagération du diamètre vertical, donnant au crâne une forme pointue et au front une hauteur démesurée. Très fréquemment les arcades sourcilières sont effacées, « comme si la loge frontale en s'élevant avait attiré à elle la partie supérieure des orbites », d'où résulte une saillie des globes oculaires (fig. 7).

4° *Trigonocéphalie* (τριγωνον, triangle), crâne à contour triangulaire,

région frontale en forme de coin, élargissement des bosses pariétales. Saillie de la suture médio-frontale (*métopisme*) (fig. 8).

5° Une mention spéciale revient à la *naticéphalie*, déformation du crâne



Fig. 7.

(D'après J. Séglas, in *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, t. IV, 1891. Collection du Dr Bourneville.)

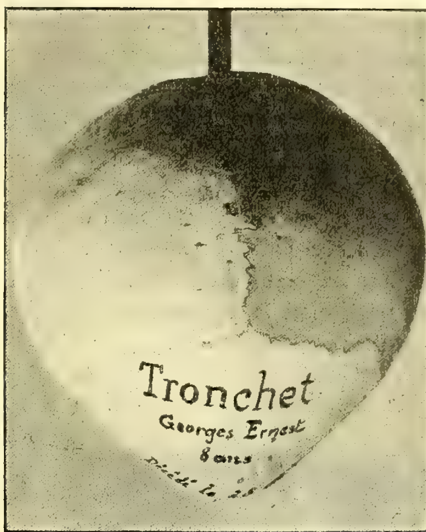


Fig. 8.

(D'après J. Séglas, in *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, t. IV, 1891. Collection du Dr Bourneville.)

due à la syphilis héréditaire (Parrot) et donnant assez exactement au crâne la forme des fesses (*nates*).

C. *Déformations accidentelles.* — Elles peuvent être accidentelles et dues à une attitude vicieuse de l'enfant dans les premières années, ou volontaires par suite de pratiques en usage dans certaines contrées (déformations ethniques). Ces dernières, déjà étudiées par Gosse, ont été observées dans certaines régions de la France, telles que la Seine-Inférieure (Parchappe, Foville), les Deux-Sèvres (Lunier), Toulouse (Broca).

Ces déformations artificielles peuvent-elles avoir une action sur le cerveau et ses fonctions ?

Si les manipulations de certaines matrones sur les têtes des nouveau-nés sont incapables de produire une déformation durable, il n'en est pas de même lorsque les compressions sont suffisament prolongées sur le même point. Dans ces cas, il se produit souvent des accidents mortels par compression du cerveau. Broca a noté des adhérences circonscrites des méninges au crâne dans deux autopsies de déformation toulousaine ; dans d'autres cas, il a trouvé des plaques d'ostéite. Des accidents sérieux, tels que l'hydrocéphalie, la méningite, peuvent, chez l'enfant, être la conséquence de ces

manœuvres, mais il arrive aussi que l'encéphale s'adapte à la boîte crânienne. Quelles seront plus tard les fonctions de cet encéphale? La question n'est pas absolument résolue ; seulement il résulte des statistiques d'aliénés publiées par Foville et Lunier, que ces compressions mécaniques du crâne ne sont pas inoffensives, car elles tendent à amoindrir la capacité cérébrale, à troubler le libre développement des circonvolutions dans leur lieu d'élection, et ne peuvent que favoriser l'éclosion de maladies cérébrales (l'épilepsie, par exemple) chez des personnes prédisposées.

2. Face. — Au point de vue anatomique, la face est la partie comprise entre l'ophryon et le menton dans un sens, et, dans l'autre, entre les deux arcades zygomatiques.

Comme celui du crâne, l'examen de la face comporte trois procédés : l'inspection et la palpation (caractères descriptifs) et la mensuration (prosopométrie).

1° *Inspection de la face.* — Elle se fait suivant deux plans : la *norma anterior* et la *norma lateralis.* — On peut, par le premier procédé, se rendre compte du volume de la face qui, d'une façon générale, varie en raison inverse de celui du crâne. Très développée chez les microcéphales, la face est petite chez les hydrocéphales, comme ratatinée chez les crétins. — De même on peut juger ainsi de la forme du visage, ronde, ovoïde, large et basse, ou étroite et allongée; de la forme des yeux, du nez, de la bouche, du développement des arcades zygomatiques, de la largeur de la mandibule, de la régularité et de l'asymétrie de la face. L'asymétrie faciale est fréquente en effet, et parfois très accentuée chez les aliénés (fig. 9).

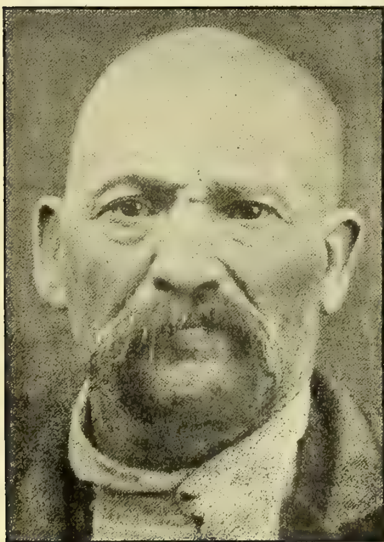


Fig. 9.

Faite de profil (*norma lateralis*), l'inspection servira encore à renseigner sur la forme et le volume de la face, en permettant surtout de juger du développement de la mâchoire inférieure, et de l'existence possible du prognathisme.

D'une façon générale, le *prognathisme* est l'allongement ou la proéminence des mâchoires. Il est double et complet lorsque les deux mâchoires ainsi que les dents se portent en avant, et que par conséquent le menton recule. Il est simple et partiel suivant qu'il est maxillaire ou alvéolo-dentaire, sur les deux, ou sur une seule mâchoire. Quelques auteurs ont

cherché à donner au mot *prognathisme* une signification plus générale, celle de développement de la totalité du maxillaire supérieur, par rapport à la base du crâne cérébral. C'est alors le prognathisme facial qui se mesure sur le vivant en calculant l'angle facial de Camper au moyen du goniomètre facial médian de Broca ; nous y reviendrons tout à l'heure.

A ce propos, il faut être en garde contre l'existence du prognathisme artificiel dû à la pression de la langue sur les incisives (Hamy), très fréquent chez les crétins.

Une autre déformation faciale qui se rapproche du prognathisme consiste dans un allongement de la mandibule, tel que le menton et les dents inférieures se trouvent sur un plan très antérieur à celui du maxillaire et des dents supérieures. Le développement de la mandibule se rencontre assez souvent (idiots, débiles etc.), et certains auteurs y attachent une grande importance (Lombroso). Il constitue aussi une des déformations les plus frappantes de l'acromégalie. Sur la mandibule on peut à l'occasion rencontrer une anomalie dite *atavique*, l'apophyse lémurienne d'Albrecht, saillie de l'angle de la mâchoire sur le bord inférieur.

L'inspection de la face comporte également l'examen des organes des sens, mais cet examen est assez important pour nous autoriser à en faire l'objet d'un chapitre spécial.

2° *Palpation de la face*. — Elle renseignera sur le développement des saillies osseuses et sera surtout utile pour permettre de dire si, dans les cas d'asymétrie faciale, cette asymétrie est due aux parties molles (hémiatrophie faciale, démence hémiplégique) ou aux parties osseuses. Ces dernières asymétries, dues à un développement anormal des os de la face ou à des synostoses prématurées des sutures de la base du crâne, sont de beaucoup les plus importantes. Ce sont celles que Lasègue avait regardées comme caractéristiques de l'épilepsie dite essentielle.

3° *Mensuration de la face*. — Les instruments nécessaires sont : *Le compas glissière de Broca*, sorte de compas d'épaisseur à branches droites, analogue à l'esthésiomètre, et qui sert à mesurer la hauteur et la largeur de la face ; 2° le *goniomètre facial*, médian oblique de Broca, ou la *double équerre* pour prendre l'angle facial.

Les points de repère à reconnaître sont les suivants :

Sur la ligne médiane :

a. L'*ophryon*.

b. Le *point mentonnier*, au milieu du bord inférieur de la mandibule ;

c. Le *point sous-nasal*, à la jonction de la cloison avec la lèvre supérieure.

d. Le *point alvéolaire*, au niveau du point d'implantation des deux incisives supérieures.

Sur les parties latérales :

e. Le *point zygomatique*, au niveau de la partie la plus saillante de l'arcade zygomatique.

f. Le *point auriculaire,* au centre de l'orifice externe du trou auditif.

A l'aide de ces points de repère on prend les mesures suivantes :

1° Le *diamètre bizygomatique* ou *facial transverse maximum,* en appliquant les pointes du compas-glissière sur les points les plus saillants de l'arcade zygomatique.

2° La *hauteur du visage,* en appliquant une pointe du même compas à la racine des cheveux, et l'autre au point mentonnier. (On devra se méfier pour cette mensuration de la possibilité d'une calvitie commençante).

De même que pour le crâne, ces deux mensurations servent à déterminer un indice, *l'indice du visage*, qui s'obtiendra en multipliant le diamètre bizygomatique par 100, et en divisant le produit par la hauteur du visage. C'est ce qu'indique la formule suivante :

$$\text{I.V.} = \frac{\text{D.T.} \times 100}{\text{H}}$$

3° La *longueur faciale supérieure* ou *distance ophryo-alvéolaire,* qui s'obtient en plaçant une pointe du compas-glissière à l'ophryon et l'autre sous la lèvre supérieure, au niveau du point alvéolaire. Cette longueur, multipliée par 100, et divisée par le diamètre bizygomatique, donnera *l'indice facial,* d'après la formule suivante :

$$\text{I. F.} = \frac{\text{L. F.} \times 100}{\text{D. T.}}$$

4° L'*angle facial.* — C'est l'angle formé par la rencontre de la ligne faciale (ophryo-dentaire) allant de l'ophryon au point sous-nasal avec la ligne auriculo-dentaire (plan de Camper) qui est horizontale, parallèle aux axes visuels et allant du point sous-nasal au point auriculaire.

Cet angle peut se mesurer au moyen du *goniomètre* facial médian oblique de Broca. Cet instrument se compose de deux parties : la *base*, formée d'une lame d'acier élastique, représentant la ligne auriculo-dentaire et portant à chaque extrémité un petit tourillon mobile, et sur le milieu un cadran gradué ; l'*indicateur*, composé d'une tige représentant la ligne faciale, portant un curseur, et terminée par une aiguille disposée obliquement. Pour calculer l'angle facial, on place la lame d'acier élastique sur la lèvre supérieure, le milieu qui porte l'arc gradué correspondant au point sous-nasal, et on fixe cette lame en ajustant les tourillons dans les conduits auditifs externes. La tige de l'indicateur est placée de telle façon que l'aiguille corresponde au point sous-nasal et que le curseur repose sur l'ophryon.

L'angle facial chez les européens varie de 80 à 85 dégrés.

L'angle facial peut également se mesurer à l'aide de la *double équerre*, méthode indirecte plus compliquée, mais qui permet en même temps de calculer le triangle facial de Cuvier, et renseigne aussi sur les rapports respectifs des différentes parties de la tête.

En résumé, la mensuration des diamètres de la face a pour but de renseigner sur sa forme et son développement, l'indice du visage faisant connaître la forme générale du visage, allongée ou arrondie, tandis que l'indice facial au contraire est important pour les comparaisons craniométriques.

Quant aux différents types de la face, orthognathisme, eurygnathisme, prognathisme, ils ont en psychiatrie peu de valeur ; seul le prognathisme, lorsqu'il est vrai et très marqué, est important à signaler, parce qu'on l'a regardé alors comme un stigmate d'infériorité. Nous tirons sa connaissance, comme nous l'avons vu, de l'évaluation de l'angle facial, qui devient de plus en plus aigu à mesure que le prognatisme s'accentue.

L'étude de la tête doit être complétée par un examen descriptif des différents organes des sens.

3. — Organes des sens. — 1° *Oreille.* — Pour mieux étudier les déformations du pavillon auriculaire, nous rappellerons brièvement quelle en est la configuration normale (fig. 10).

Si l'on considère la face externe du pavillon de l'oreille, ce qui frappe à première vue, c'est le nombre des saillies et de dépressions qu'on y remarque. Les saillies sont au nombre de quatre : l'hélix, l'anthélix, le tragus, l'antitragus; les dépressions au nombre des trois : la conque, la fossette scaphoïde, la fossette intercrurale.

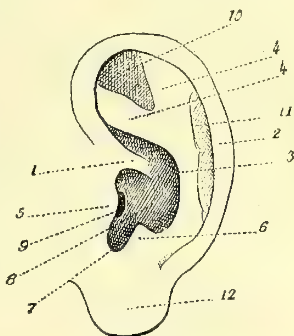


Fig. 10.

(D'après Féré et Séglas, in *Revue d'Anthropologie*, 1886).

1, racine de l'hélix ; 2, hélix ; 3, anthélix ; 4, crura furcata ; 5, tragus ; 6, antitragus ; 7, incisure intertragienne ; 8, conque ; 9, conduit auditif externe ; 10, fossette intercrurale ; 11, fossette scaphoïde ; 12, lobule.

L'*hélix* est le repli saillant qui commence à se dessiner dans la partie antérieure de la conque au-dessus du conduit auditif externe, (racine de l'hélix), et qui borde ensuite toute la circonférence du pavillon, sauf à la partie inférieure. Son bord libre, recourbé en dedans, doit être régulier, sans échancrures ni saillies, il en est de même de la circonférence.

L'anthélix borde en arrière la cavité de la conque, faisant face à l'hélix. A la partie supérieure, l'anthélix semble se bifurquer et donne naissance à deux saillies en forme de fourche (crura furcata), la postérieure verticale, l'antérieure recourbée en avant, et formant le bord supérieur de la cavité de la conque. Ces deux saillies circonscrivent entre elles une dépression triangulaire à sommet inférieur, la *fossette intercrurale*. En arrière de la branche postérieure de la fourche se trouve une dépression allongée dans le sens vertical et recouverte par le repli de l'hélix, c'es la *fossette scaphoïde*.

Le *tragus* est une saillie pyramidale à sommet postérieur située au-devant du conduit auditif externe dont il forme le contour extérieur. Il est séparé en haut de la racine de l'hélix par une échancrure. Au-dessous et en arrière du

tragus se trouve une autre saillie pyramidale, à sommet supérieur, l'*antitragus*, situé à la partie inférieure de l'anthélix et sur son prolongement. Il limite en bas et en dehors la cavité de la conque et est séparé du tragus par l'incisure intertragienne ; à l'état normal, le tragus et l'antitragus ne forment pas de saillie en dehors.

La *conque* est la grande cavité située à la partie moyenne du pavillon, entourée par l'anthélix et la branche antérieure de la fourche, l'antitragus, l'incisure intertragienne et le tragus. Le fond de cette cavité est uni, sauf à la partie antéro-supérieure où se trouve la racine de l'hélix.

L'extrémité inférieure de l'ovoïde formée par le pavillon est constituée par le *lobule*, sorte de masse charnue, musculaire, sensible, ayant la forme d'un ovoïde aplati latéralement. Libre sur ses deux faces et en arrière, il se continue en avant avec les téguments de la face dont il est cependant distinct par son bord antérieur dans une certaine hauteur. En arrière, ils se distingue de l'hélix par une sorte de dépression.



Fig. 11.

La face interne ou cranienne du pavillon offre, à l'état normal, des saillies et des dépressions disposées en sens inverse de celles de la face externe, mais moins marquées.

Dans un mémoire, fait en collaboration avec mon excellent collègue et ami Féré, nous avons étudié en détail les déformations de l'oreille que nous avons pu rencontrer sur 1233 sujets (fig. 11).

La *situation* des oreilles ne subit guère de variations appréciables ; leur direction n'offre à considérer que quelques variations d'obliquité.

Leurs *dimensions* sont plus sujettes à varier ; c'est alors leur exagération qu'on rencontre le plus souvent. La *distance* du pavillon au crâne est très variable et s'accentue assez parfois pour que l'oreille prenne la forme d'un entonnoir, comme chez les mammifères, ou soit presque perpendiculaire au crâne (oreille en anse). Il faut noter également les modifications de la *forme* générale du pavillon, ovale à grand axe soit longitudinal, soit transversal ou elliptique.

Quant aux saillies et aux dépressions, il est des cas où, sans présenter d'anomalies, elles sont plus ou moins *exagérées* ou *effacées*. Il convient de signaler enfin les *asymétries* des pavillons, asymétries de dimension, de forme, d'implantation (de Blainville).

Dans d'autres cas, on a renconté de véritables irrégularités morphologiques.

La racine de l'*hélix,* comme nous l'avons vu, forme, à l'état normal, à la partie antérieure de la conque, un contrefort peu saillant et le fond de la conque paraît plan.

Chez certains sujets, cette racine de l'hélix peut prendre un grand développement, devenir saillante et se prolonger à travers la conque jusqu'au bord antérieur de l'anthélix avec lequel elle se confond, en formant ainsi le *pli transverse de la conque* divisée alors en deux cavités secondaires (Féré et Huet, Gradenigo). Nous avons vu cette racine se bifurquer avant de se souder à l'anthélix.

Certaines lésions pathologiques, telles que l'*othématome* cicatrisé, peuvent simuler cette malformation ; mais dans ce dernier cas, on rencontre à la face cranienne du pavillon, une dépression correspondante à la racine de l'hélix, tandis qu'il n'en est pas ainsi dans le cas d'othématome.

Dans le reste de son parcours, l'hélix peut présenter encore des irrégularités. Parfois, la partie ascendante seule existe, la partie descendante de la circonférence du pavillon n'est pas ourlée et la fossette scaphoïde est ainsi à découvert en arrière ou manque. L'oreille est en quelque sorte déplissée (Morel). D'autres fois l'hélix présente un développement anormal et recouvre la branche postérieure de la fourche et la fossette scaphoïde. D'autres fois encore, il recouvre en bas la fossette scaphoïde et se fusionne avec l'anthélix. Chez certains sujets, le bord libre de l'hélix est comme dentelé et présente des saillies et des dépressions irrégulières dues à un défaut de développement du bord du pavillon (Meyer).

Une anomalie plus intéressante est celle qui a été signalée par Darwin et qui consiste en une saillie développée sur le bord libre de l'hélix, sur la partie postéro-postérieure, c'est le *tubercule de Darwin.* Dans les cas assez fréquents où l'hélix se déroule, le tubercule se trouve rejeté en arrière, sur la circonférence même du pavillon qui perd alors sa forme ovoïde, car l'extrémité supérieure, au lieu d'être arrondie, forme un angle à la partie postéro-postérieur. Il arrive parfois que cette saillie constitue un nodule mobile, paraissant constitué par un petit cartilage séparé. Il ne faudrait pas le confondre avec les tophus goutteux développés sur le bord de l'hélix. Pour la majorité des auteurs, le tubercule de Darwin paraît constituer une déformation atavique rappelant l'oreille à pointe des mammifères ; d'ailleurs, chez un grand nombre de singes, en particulier les babouins et les macaques, on retrouve aussi l'oreille pointue que l'on rencontre quelquefois chez les fœtus de l'orang et chez les gibbons très jeunes (Hartmann). Chiarugi a observé que les deux courants de poils du bord libre de l'oreille se rencontrent sur le tubercule quand il existe, de même que chez les animaux les poils sont dirigés vers la pointe. Pour Schwalbe, l'oreille darwinienne pointue n'a rien d'atavique, elle émane d'une particularité normale dans l'espèce humaine, et il dit en avoir constaté invariablement l'existence chez l'embryon humain de quatre à sept mois.

Du côté de l'*anthélix,* outre sa soudure avec la racine de l'hélix, déjà signalée, on n'observe guère que l'effacement, ou plus souvent l'exagération

de cette saillie, dépassant alors le plan du pavillon (Wildermuth, Binder).

Les *crura furcata*, outre leur inclinaison plus ou moins accentuée, ont parfois une de leurs branches dédoublée, le plus souvent la postérieure, et prennent alors la forme d'un trident ; par suite, il y a deux fossettes inter-crurales. D'autres fois, au contraire, la branche postérieure disparaît tout à fait, si bien que les fossettes inter-crurale et scaphoïde se confondent.

Le *tragus* ne présente d'autre fait que d'être conique au lieu de pyramidal (Frigerio) et plus ou moins saillant ; il en est de même de l'*antitragus*. Cependant ce dernier peut être rejeté tout à fait en dehors, de telle façon que l'incisure intertragienne disparaît et que le bord inférieur de la conque paraît suivre une ligne régulière. Dans ces cas, la racine de l'antitragus forme une saillie dans l'intérieur de la conque.

Nous avons indiqué les différentes modifications que pouvaient subir les dépressions ou fossettes du pavillon ; elles sont subordonnées à celles des saillies. Ajoutons que parfois l'ouverture du conduit auditif, au lieu d'être ovalaire, se présente sous la forme d'une simple fente. La cavité de la conque présente des variations de profondeur et d'étendue en rapport avec les variétés d'inclinaison et de dimension du pavillon. Cependant on a noté chez les aliénés, un développement de la conque supérieur à celui du pavillon, surtout dans le sens transversal (Frigerio).

Le *lobule* est sans contredit une des parties de l'oreille dont la conformation varie le plus souvent. Dans certains cas, il est très long, mais plus souvent petit et parfois même absent. Normalement, il est indépendant et soudé seulement à la partie supérieure de son bord antérieur ; or, parfois, il arrive que ce bord *adhère* aux téguments dans presque toute ou même dans toute son étendue, ou s'insère sur la joue à angle aigu. D'autres fois, il leur est uni par une sorte de repli membraneux, il est alors comme *palmé*. De plus, l'angle postérieur qu'il forme avec l'hélix peut s'effacer, il est alors *indistinct*. Dans d'autres cas, on peut constater aussi, à la base du lobule, la présence d'une dépression transversale faisant suite au sillon qui sépare l'hélix de l'anthélix et placée entre le lobule de l'antitragus, qui est le plus souvent alors renversé en dehors ; en même temps, le lobule est très peu développé et membraneux. Lorsque le lobule manque complètement, le sillon qui sépare l'hélix de l'anthélix se continue souvent en diminuant de profondeur, jusqu'à l'insertion antérieure du pavillon de l'oreille et semble prolonger ainsi la fossette scaphoïde. Quelquefois le lobule est bien développé et charnu, mais adhérent et se dévie de manière à présenter sa face externe en avant.

Telles sont les principales variations morphologiques du pavillon de l'oreille. Souvent elles sont asymétriques, moins marquées ou absentes d'un côté. D'après nos recherches faites avec Féré, ce serait toujours du côté *gauche* qu'on les trouverait les plus marquées ; cette particularité a été également notée par Amadei et par Tonnini. Frigerio n'a pas rencontré de prédominance. Au contraire Gradenigo a noté les anomalies plus fréquemment à droite, à l'exception cependant des oreilles en anse.

Quant à la signification de ces différentes anomalies, il est bien diffi-

cile de se prononcer à ce sujet; beaucoup d'entre elles se rencontrent fréquemment chez les anthropoïdes (absence d'hélix, tubercule du Darwin, absence d'une branche de la fourche, absence du lobule, exagération de la racine de l'hélix). Mais les auteurs ne sont pas d'accord pour savoir lesquelles doivent être considérés comme ataviques ou atypiques ; il n'est même pas jusqu'à l'oreille darwninienne dont la signification ne soit contestée.

Quoi qu'il en soit, si les malformations du pavillon de l'oreille sont plus fréquentes chez les épileptiques et surtout chez les idiots, elles ne sont pas notablement plus fréquentes chez les aliénés que chez les sujets sains d'esprit. Pour qu'une étude statistique comparative des oreilles dites *dégénérées* chez les individus sains et les aliénés acquière de la valeur, il faut : 1° qu'on classe les diverses formes d'oreilles en prenant pour base l'anatomie comparée et l'embryologie ; 2° qu'on établisse la statistique des diverses formes d'oreilles observées dans la population normale du réseau d'où proviennent les aliénés considérés (Schwalbe).

Les variations morphologiques de l'oreille ne se présentent pas toujours à l'état unique, mais sont le plus généralement multiples, réalisant ainsi un certain nombre de types principaux qu'on a essayé de classer (classifications de Morel, de Schwalbe, de Binder).

Je n'entrerai pas ici dans le détail de ces différentes classifications, dont beaucoup de groupes sont constitués par l'une ou l'autre des anomalies que je viens de décrire ; je me contenterai de signaler quelques variétés résumées souvent par un nom propre.

Ainsi, la dénomination *d'oreille de Blainville* s'applique aux oreilles asymétriques, par inégalité de chaque partie correspondante ; en général l'anomalie se trouve à gauche.

L'oreille de Morel, dans le sens propre du mot, est un type qui résulte du défaut de formation de l'hélix, de l'anthélix, de la fossette scaphoïde, des crura furcata. C'est l'oreille déplissée, en forme de lame, amincie sur les bords et généralement plus grande que la normale.

L'oreille de Darwin est caractérisée par la présence de la pointe et du tubercule connu.

L'oreille de Wildermuth réalise un type de déformation caractéristique et fréquente, consistant dans une proéminence exagérée de l'anthélix, telle qu'elle forme la limite extrême du pavillon et que l'hélix reste en arrière et au-dessous. Dans l'oreille des Aztèques de Wildermuth, le lobule manque et tout le pavillon semble tronqué de haut en bas et d'arrière en avant ; la branche antérieure de l'anthélix s'éteint en quelque sorte sans limite précise ; la branche postérieure est si peu saillante, qu'à première vue on dirait qu'elle manque, et l'anthélix forme une saillie marquée au bord de la conque.

L'oreille de Stahl comprend différents types. Dans l'oreille de Stahl n° 1, il y a une exagération du repli de l'hélix dans sa partie transversale supérieure, si bien que la partie supérieure de la fossette intercrurale et de la fossette scaphoïde se trouvent recouvertes. Dans l'oreille de Stahl n° 2, une jambe des *crura furcata* se dirige en avant suivant une ligne demi-circu-

laire, et l'autre, au contraire, s'en va horizontalement en arrière. Par suite, l'oreille est comme divisée en deux parties. Dans la partie supérieure se trouve un ample bassin correspondant à la fossette intercrurale et, dans la partie inférieure, la fosse scaphoïde qui, en haut, reste large et se rétrécit en bas. Dans l'oreille de Stahl n° 3, l'hélix n'est plus qu'un mince repli, l'anthélix n'a plus qu'une seule jambe, l'antérieure, tandis que l'autre devient une masse cartilagineuse large, convexe au milieu ; la fossette intercrurale s'élargit, la scaphoïde se perd à sa partie supérieure en une surface convexe repliée en arrière de la jambe postérieure des *crura furcata*.

2° *Yeux*. — Du côté de l'œil on peut rencontrer des variations nombreuses, dont quelques-unes sont importantes à connaître.

Dans *l'orbite*, on pourra noter parfois une saillie exagérée des arcades, le rapprochement ou l'écartement très accentué des deux cavités orbitaires. Du côté des *paupières*, la fente palpébrale est plus ou moins étroite, plus ou moins rectiligne. Dans certaines races, l'œil revêt un aspect particulier, c'est l'œil *mongolique*. Ses caractères peuvent se résumer ainsi : « il est petit, un peu oblique, sa commissure externe est effilée et comme pincée, sa commissure interne est marquée par une bride verticale saillante, les deux paupières sont comme bouffies et la supérieure semble dédoublée transversalement. » (Topinard). Diverses explications ont été proposées ; la plus soutenable, généralement acceptée, est celle de Metchnikow attribuant les caractères de l'œil mongolique à la persistance d'un état fœtal. Ces caractères de l'œil mongolique se rencontrent parfois chez les européens et l'état congénital particulier, décrit sous le nom d'*épicanthus*, n'est autre que la bride mongolique. Signalons aussi quelques vices de conformation des paupières dont on a à faire le diagnostic étiologique au point de vue de l'origine acquise ou congénitale, tels que : coloboma des paupières, adhérences au globe occulaire, trichiasis, entropion, dû, dans le cas d'origine congénitale, à l'absence des cartilages tarses. Quant aux troubles fonctionnels, blépharospasme, ptosis, etc., nous n'avons pas à y insister dans ce chapitre.

Du côté de la conjonctive, on peut rencontrer parfois une injection très grande comme dans les races noires, et un rudiment de la troisième paupière, trace de la membrane clignotante des oiseaux, et affectant la forme d'un simple repli semi-lunaire recouvrant la caroncule, comme chez les mammifères supérieurs, à titre de difformités congénitales de la conjonctive.

On peut également observer des taches pigmentaires ou érectiles, des dermoïdes. On a signalé aussi le ptérygion congénital (Wardrap, Beer).

Le *globe* de l'œil peut être plus ou moins saillant. Cette saillie ne tient pas tant aux dimensions mêmes du globe de l'œil qu'à la disposition des parties voisines, par exemple l'ouverture de la fente palpébrale, la dimension de l'intervalle orbitaire. En tout cas, ce détail mérite de fixer l'attention, car il met souvent sur la voie du diagnostic d'une maladie concomitante, le goitre exophtalmique. D'autre part, on a signalé chez les idiots l'anophtalmos congénital.

La cornée peut être altérée congénitalement soit dans ses dimensions qui sont trop petites (microphtalmie) ou exagérées (hydrophtalmie), soit dans sa forme (anomalies de courbure et astigmatisme), soit dans sa transparence (opacités congénitales, arc juvénile). Je rappellerai, à ce propos, la présence de l'arc sénile de la cornée chez quelques-uns de nos malades peu avancés en âge.

Les difformités de *l'iris* peuvent être acquises et consécutives à un traumatisme accidentel ou chirurgical, ou a une inflammation du diaphragme oculaire. Il y en a d'autres qui sont congénitales et c'est de celles-là seules qu'il sera question ici. Telles sont l'absence congénitale totale ou partielle de l'iris (iridérémie), le coloboma ou division congénitale de l'iris, l'existence de plusieurs ouvertures à l'iris (policorie), la situation anormale de la pupille (corectopie), l'irrégularité de la pupille (discorie), l'imperforation de l'iris (acorie), la persistance de la membrane pupillaire de Wachendorff après la naissance pendant quelques années (Wrisberg) ou même la vie (Cheselden), les anomalies de coloration (taches pigmentaires, albinisme), les asymétries de l'iris (stigmate iridien de Féré) pouvant porter soit sur la coloration de l'iris, soit sur la forme, soit sur les dimensions de l'ouverture pupillaire. Cette dernière, inégalité pupillaire congénitale, est importante à retenir, car elle est fréquente chez les aliénés, et peut donner lieu à des erreurs de diagnostic.

Du côté du *cristallin* je signalerai seulement les cataractes congénitales et l'ectopie congénitale du cristallin et même les cataractes spontanées dont la constatation est souvent utile pour le diagnostic (goutte, albuminurie, diabète, sénilité précoce).

Enfin, l'examen des parties profondes par l'ophthalmoscope, outre qu'il pourra donner des notions pour le diagnostic de lésions pupillaires symptomatiques d'affections coexistant avec la folie (ataxie locomotrice, sclérose en plaques), décèlera parfois des anomalies congénitales telles que la décoloration de la choroïde, le coloboma de la choroïde et de la rétine, la persistance de l'artère centrale, l'implantation anormale de l'artère centrale de la rétine.

3° *Nez.* — Du coté du nez, il faut noter l'enfoncement ou la saillie de la racine, la forme du profil droit, convexe, concave ou sinueux. La base, regardée en dessous, peut être plus ou moins évasée et offre à considérer la forme et la disposition des narines elliptiques, allongées et parallèles dans le sens antéro-postérieur, ou transversales et bout à bout, ou plus ou moins rondes et accolées. La quantité dont elles sont cachées ou découvertes sur le côté est également à considérer, ainsi que leur mobilité. Tout est harmonique dans les variations du nez; aussi l'indice nasal du vivant traduit-il les grandes distinctions. Cet indice est le rapport de la largeur maximum à la hauteur prise verticalement de l'épine nasale à la racine du nez. Suivant le chiffre de cet indice nasal, les individus se classent en trois groupes : platyriniens, mésorhiniens, leptorhiniens. Pour ce dernier groupe qui ne comprend que des individus de race blanche, l'indice nasal est de 63 à 69.

Les difformités du nez sont fréquentes chez les aliénés. Elles peuvent être

acquises (chutes chez les épileptiques), ou congénitales. Parmi ces dernières, je citerai d'abord, à titre de curiosité tératologique, l'absence de l'organe (Maisonneuve), puis son volume exagéré, l'aplatissement extrême de la racine, la déviation de la pointe en haut, la division congénitale, la *déviation latérale* congénitale ; pour les narines, la déviation de la cloison et le retrécissement ou même l'oblitération congénitale des narines.

4° *Bouche.* — L'examen de la bouche est des plus importants et ne doit jamais être négligé ; il comprend l'examen des lèvres, de la voûte palatine et du voile du palais, de la langue, des mâchoires, des dents.

Pour les *lèvres*, on note d'abord la forme et la grandeur de l'ouverture buccale, sa direction, la déviation possible d'une commissure (asymétrie congénitale, contracture ou paralysie de causes diverses), la saillie totale et la proéminence relative des deux lèvres, le degré d'occlusion de la bouche, laissant s'écouler la salive, (stupeur, démence, idiotie). On rencontre parfois une atrésie partielle congénitale ou accidentelle de l'orifice buccal (phimosis labial) ; l'hypertrophie des lèvres ou, au contraire, une atrophie plus ou moins prononcée laissant les dents à découvert ; le renversement en dehors (ectropion), surtout de la lèvre inférieure, dû le plus souvent à une paralysie de l'orbiculaire (idiots, paralytiques) ; l'extrophie de la lèvre supérieure, dont le bord libre est renversé en dehors et laisse voir derrière lui un bourrelet transversal formé par la muqueuse (lèvres doubles). Enfin, un vice de conformation très fréquent est le bec-de-lièvre avec toutes ses variétés (inférieur, supérieur, commissural, simple ou complexe).

Sur la *voûte palatine*, on peut rencontrer également des fissures plus ou moins étendues, la forme asymétrique, la profondeur exagérée, la disposition ogivale, le *torus palatinus* ou exostose médio-palatine de Chassaignac, avec ses variations.

Pour le *voile du palais*, on aura à rechercher sa division congénitale plus ou moins complète, parfois la complète bifidité de la luette, des déviations congénitales ou acquises (paralysie de causes diverses).

Du côté de la *langue*, outre les déviations paralytiques, le tremblement, on peut trouver des cicatrices résultant de traumatismes (épilepsie) ou d'affections accidentelles, en particulier la syphilis, dont les manifestations buccales sont toujours à rechercher avec soin.

Du côté des mâchoires, outre le prognathisme dont j'ai déjà parlé, on examinera l'asymétrie des arcades dentaires, le degré d'écartement ou de rapprochement (atrésie) des deux moitiés de chacune d'elles, leur forme ellipsoïde ou très fréquemment sinueuse.

Nous arrivons ensuite à l'étude des *dents*. Il y a à considérer, dans l'étude des dents, la dentition et la denture.

La *dentition* est une fonction de développement qui comprend la formation des dents, leur éruption et l'évolution du système dentaire. La *denture* est l'état du système dentaire au moment de l'observation.

En ce qui concerne la dentition, ce sera surtout la recherche des anamnes-

tiques qui pourra renseigner sur l'époque de l'éruption successive des dents, sur les accidents qui ont pu l'accompagner. Cependant, l'examen actuel, surtout sur des sujets jeunes, peut renseigner sur des anomalies d'éruption. C'est ainsi qu'elle peut être précoce, et certains idiots ont, tout comme Louis XIV et Mirabeau, des dents à leur naissance (Bourneville). D'autres fois, elle est très tardive et les dents de la première dentition, chez certains individus, peuvent persister très longtemps. Ces anomalies d'éruption ont souvent fait croire à l'existence de dents surnuméraires ou à une troisième dentition. Au point de vue de la dentition, il est utile de signaler le moment de l'apparition de la dent de sagesse, qui a lieu entre dix-huit et vingt-cinq ans. Pour certains auteurs, cette dent est chez l'homme un organe en voie d'atrophie et son absence, le retard de son apparition, son peu de développement, sa caducité

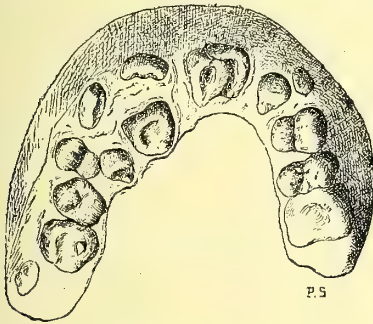


Fig. 12.

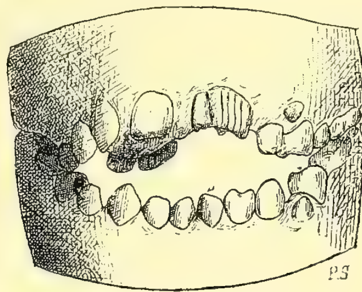


Fig. 13.

(D'après Mme Sollier, in *Thèse de doctorat*, 1887.)

ont été regardés comme plus particuliers aux races supérieures (Darwin, Mantegazza).

Pour l'observation de l'état actuel du système dentaire, la denture, je rappellerai que chez l'adulte, les dents sont de quatre espèces, se succédant pour chaque demi-arcade dans l'ordre suivant : deux incisives, une canine, deux prémolaires, trois molaires, soit trente-deux dents en tout. Ces dents sont numérotées à partir de la ligne médiane. Pour leur forme, les incisives sont tranchantes, la canine conique, la couronne des prémolaires pourvue de deux tubercules (bicuspidées), celle des molaires de plus de deux, généralement de quatre tubercules (multicuspidées). Dans la première dentition, il n'y a pas de prémolaires et il n'y a que deux molaires par demi-arcade. La formule dentaire (Blainville) est la notation du nombre des dents par demi-arcade ; la voici pour l'adulte :

$$\text{Inc.}\ \frac{2-2}{2-2}\ \text{Can.}\ \frac{1-1}{1-1}\ \text{Prém.}\ \frac{2-2}{2-2}\ \text{Mol.}\ \frac{3-3}{3-3} = 32.$$

Le numérateur représente la mâchoire supérieure et le premier chiffre à partir de la gauche se rapporte à la demi-arcade de droite.

L'état du système dentaire doit être examiné au point de vue de ses anomalies et des troubles pathologiques. Cette étude, dans ses rapports avec la psychiatrie, n'a guère été faite complètement que par Bourneville ou ses élèves (Mme Sollier) (fig. 13 et 14). Mais de nombreux documents existent sur la question même des anomalies dentaires et dont le principal est, croyons-nous, le travail de Magitot.

Les anomalies de l'appareil dentaire sont d'espèces très variées ; ce sont :

1° Les *anomalies de forme,* telles que la dent est parfois méconnaissable ; parfois tout se réduit à une augmentation du nombre des tubercules des molaires ; cela est surtout à noter pour la dent de sagesse qui, normalement, en a moins que les autres molaires.

2° Des *anomalies de volume* de deux dents homologues ou de plusieurs dents d'une même série, qui peuvent être très petites (nanisme) ou extrêmement développées (gigantisme). Quant au volume relatif des différentes dents de même espèce, il doit décroître à partir de la ligne médiane, sauf pour les incisives inférieures (loi de décroissance).

3° Des *anomalies de structure;* la plus importante est l'*érosion* (Parrot, Fournier) avec toutes ses variétés, terme impropre, car il s'agirait là d'une lésion de développement.

4° Des *anomalies du nombre* frappant le plus souvent les incisives ou les molaires, telles que *l'absence* d'une ou de plusieurs dents, généralement l'incisive latérale ou la dent de sagesse en haut, ou la dent de sagesse, la prémolaire, les incisives médianes en bas. Jamais on n'a vu manquer la canine. D'autres fois, c'est une augmentation numérique, alors les nouvelles dents sont dites *supplémentaires* si elles sont bien rangées ; cela serait une anomalie réversive (Darwin) ; il s'agit le plus souvent d'une quatrième molaire. Ou bien, et c'est le cas la plus fréquent, elles sont mal rangées, soit en avant, soit en arrière près des incisives ; elles sont dites alors *surnuméraires.* Souvent des dents de la première dentition persistent avec celles de la seconde dont elles augmentent le nombre, et constituent alors de *fausses dents surnuméraires.*

5° Des *anomalies de siège* (hétérotopie). La dent est placée hors de son siège normal et implantée soit sur le rebord alvéolaire, soit sur la voûte palatine.

6° Des *anomalies de direction,* qui peuvent porter sur des dents isolées (antéversion, rétroversion, rotation sur l'axe), ou sur l'ensemble des dents. Dans ce dernier cas, elles peuvent être semblables aux deux mâchoires, ce qui constitue le prognathisme dentaire ou l'opisthognathisme, ou se présenter en sens inverse sur chaque mâchoire (antéversion ou rétroversion).

7° Des *anomalies de disposition,* telles que les réunions anormales de dents simulant la dent composée des herbivores ou les divisions anormales par séparation des tubercules et des racines comme chez les lémuriens (anomalies réversives) ; les dispositions vicieuses par atrésie des maxillaires, écartement des dents par augmentation des mâchoires, c'est le *diastème,* qui se présente le plus souvent entre l'incisive et la canine en haut, la prémolaire et la canine en bas; cette disposition, normale chez le singe, s'observe aussi dans certaines

races inférieures. Enfin, je signalerai l'engrènement des couronnes quand les mâchoires sont fermées, ou l'absence d'adaptation des dents, chevauchant ou laissant parfois entre les deux arcades des espaces vides (articulation défectueuse).

Cruet, qui a eu l'occasion d'observer, au point de vue du système dentaire, un grand nombre d'idiots et d'épileptiques à Bicêtre et à la Salpêtrière, considère que les anomalies n'ont, au point de vue qui nous occupe, de valeur que par leur ensemble et leurs combinaisons. Toutes d'ailleurs n'ont pas la même importance : les unes sont accessoires, les autres principales. Parmi les accessoires, il range les anomalies de direction et les anomalies apparentes de l'articulation qui en résultent, les anomalies de forme, d'éruption, les anomalies de nombre, d'une signification cependant plus grave, puisqu'elles trahissent un défaut de développement. Ce sont les *anomalies vraies de l'articulation* des dents qui donnent à l'idiot sa physionomie la plus particulière. Ces anomalies vraies sont celles qui tiennent à la disposition générale des arcades dentaires et à leurs rapports respectifs dans divers plans ; c'est-à-dire que ce sont toutes les variétés de prognathisme, d'opistognathisme, etc. Parmi ces anomalies de l'articulation, il en est une très remarquable et que Cruet n'a rencontrée que chez l'idiot. Les dents étant d'ailleurs rangées régulièrement sur l'arcade des deux mâchoires qui décrivent une courbe égale et dans le même plan, la bouche ne peut se fermer qu'incomplètement, c'est-à-dire que les dernières molaires se rencontrent seules par le sommet de leurs tubercules et que les dents antérieures des deux mâchoires s'éloignent d'un angle qui va en augmentant jusqu'à la ligne médiane. Lorsque la bouche est fermée, il reste entre les sommets des dents antérieures un espace vide, dont l'ovale est plus ou moins haut ou allongé. Cette anomalie peut tenir à deux causes : d'une part à ce que la ligne de l'arcade supérieure se relève fortement sur la ligne médiane au niveau des os incisifs ; d'autre part et surtout, à l'ouverture exagérée de l'angle formé par le corps et la branche montante de la mâchoire inférieure. Il en résulte un défaut de parallélisme forcé des deux arcades qui ne peuvent plus s'appliquer l'une sur l'autre, et l'impossibilité de fermer la bouche.

Telles sont, avec les anomalies de l'éruption que nous avons vues tout à l'heure, les principales variétés d'anomalies dentaires.

Quant aux accidents pathologiques qui affectent le plus souvent le système dentaire chez nos malades, c'est d'abord la carie dentaire précoce (idiots, imbéciles, morphinomanes) ; l'ébranlement ou la fracture des dents (épileptiques). L'usure des dents est fréquente chez les paralytiques généraux qui ont du mâchonnement ; enfin, il n'est pas rare d'observer des mutilations des dents chez les idiots ou les mélancoliques.

B. — Tronc et membres.

L'examen du tronc et des membres peut être fait également aux deux points de vue anthropométrique et descriptif.

1° *Examen anthropométrique.* — Cet examen fournit, en général, peu d'indications utiles à l'aliéniste ; mais cependant, comme on peut avoir besoin de le pratiquer dans certains cas particuliers, je donnerai brièvement, à cet effet, quelques indications élémentaires et indispensables.

L'instrumentation, réduite au strict nécessaire, comporte : le mètre à ruban et l'anthropomètre. A défaut même de cet instrument, on pourrait se servir de la double équerre dont j'ai déjà parlé et qui a fourni le principe sur lequel sont construits les anthropomètres.

Le sujet est placé debout, regardant à l'horizon, les bras pendants le long du corps, l'avant-bras en pronation, la paume de la main appliquée à la cuisse, les jambes rapprochées, les pieds en équerre ; cela fait, on prendra les mesures suivantes en se servant des points de repère indiqués et marqués au préalable sur la peau. Pour avoir la longueur d'une partie on retranchera la plus petite de la plus grande.

Voici les principales mesures à prendre et les points de repère nécessaires à cet effet :

Hauteur au-dessus du sol en millimètres :
Du vertex (taille) ;
Du conduit auditif ;
Du bord inférieur du menton ;
De l'acromion (omoplate) ;
De la fourchette sternale ;
De l'épicondyle (tubérosité externe de l'humérus, en bas) ;
De l'apophyse styloïde du radius ;
De l'extrémité inférieure du médius ;
De l'ombilic ;
Du bord supérieur de la symphyse du pubis ;
De l'épine iliaque antéro-supérieure ;
Du grand trochanter ;
De l'interligne articulaire du genou (en dehors) ;
De la malléole interne.

On peut ajouter la hauteur du vertex au-dessus du sol dans l'attitude assise. Le sujet est assis sur un banc de 15 à 20 centimètres dont la hauteur est à défalquer, le bassin et le dos doivent être absolument appliqués contre le mur auquel le sujet est adossé. Diminuée de la partie sus-jacente à l'acromion, cette hauteur devient alors la hauteur totale du tronc.

Largeur en millimètres :
Grande envergure. De l'extrémité d'un médius à l'autre, le sujet appuyé contre un mur et les deux bras en croix. Elle est à peu près égale à la taille, qu'elle dépasse un peu.

Circonférence de la poitrine (horizontalement, au niveau des mamelons, respiration habituelle, bras abaissés) ;

D'un acromion à l'autre (en arrière) ;

D'une crête iliaque à l'autre (épine iliaque antéro-supérieure) ;
D'un grand trochanter à l'autre ;
Longueur du pied.

On rapportera ensuite les mesures ainsi trouvées à la taille totale, de façon à établir ce qu'on appelle le canon ou les proportions respectives des différentes parties du corps. Un calcul très facile permettra de le comparer au canon type dans lequel toutes les mesures sont rapportées à la taille considérée comme égale à 100.

Un procédé plus simple et plus rapide consiste dans l'usage du compas imaginé par P. Richer qui donne à la fois la mesure *directe* de la longueur cherchée et son rapport avec la taille égale à 100.

Comme je l'ai dit tout à l'heure, cet examen anthropométrique a peu d'utilité, sauf dans certains cas particuliers où la taille et les proportions respectives du corps sont de beaucoup en dehors de ce que l'on rencontre d'ordinaire (nanisme, gigantisme, acromégalie, achondroplasie, idiotie).

2° *Examen descriptif.* — Du côté du tronc, on pourra rencontrer des malformations diverses, telles que le goitre, l'inclinaison du thorax en avant, la forme tombante des épaules, le thorax comprimé latéralement, avec projection du sternum, l'asymétrie thoracique (Zuccarelli), le thorax en entonnoir, des dépressions thoraciques diverses, résultant pour certains auteurs de la compression du thorax par les membres pendant la vie intra-utérine, en raison de l'insuffisance du liquide amniotique (Budin, Lannelongue, Osiander, Apert); la saillie exagérée des apophyses épineuses, les déviations variées de la colonne vertébrale, le spina bifida, le volume disproportionné de l'abdomen, les hernies congénitales, l'inclinaison et les vices de conformation du bassin, l'absence de certains muscles constatable sur le vivant (Féré), des amyotrophies dont on aura ensuite à déterminer la nature.

Du côté des membres, outre les difformités consécutives à des traumatismes, à des affections chirurgicales, à des maladies antérieures ou coexistantes (paralysie infantile, amyotrophies ou contractures de causes diverses, coxalgie), on trouve aussi parfois des difformités congénitales.

Quelques-unes constituent de véritables monstruosités, rares et dont je ne parlerai que pour mémoire. Telles sont l'*ectromélie,* ou absence plus ou moins complète d'un membre ; l'*hémimélie,* ou absence plus ou moins complète du segment inférieur d'un membre ; la *phocomélie,* absence plus ou moins complète d'un membre avec extrémités normales ; la *symélie,* ou soudure plus ou moins complète de deux membres inférieurs.

Des vices de conformation plus fréquents sont ceux qu'on rencontre aux extrémités, et qui engendrent des anomalies par excès ou par défaut. Parmi les premières, je citerai la *polydactylie,* augmentation du nombre des doigts ; la *mégalodactylie,* volume exagéré d'un ou plusieurs doigts ; la *macrodactylie*, ou nombre plus grand des phalanges (pouce). Parmi les secondes, l'*ectrodactylie*, diminution du nombre des doigts ; la *brachydactylie*, diminution du nombre des phalanges ; l'*atrophie congénitale* d'un ou de plusieurs

doigts ; la *syndactylie,* réunion ou soudure plus ou moins complète d'un ou de plusieurs doigts (main en pince de homard). J'ajouterai encore à cette



Fig. 14. — Polydactylie (d'après un cliché de J. Roubinowitch).

énumération les différentes difformités congénitales des articulations et les diverses variétés du pied bot congénital.

En dehors de ces difformités, il sera bon de rechercher l'asymétrie ou les anomalies de développement des divers segments des membres (achondro-

plasie), leurs déviations (rachitisme), la forme effilée ou ramassée des doigts, leur longueur respective, le peu de longueur de la dernière phalange, la brièveté du pouce de la main par rapport aux autres doigts, son peu d'opposabilité, la ligne palmaire unique, la forme large et aplatie du pied, la saillie du talon, la direction exagérée du pouce vers le bord interne du pied, les déformations des doigts liées à l'arthritisme, etc...

Organes génitaux. — Dans l'examen morphologique du tronc, les organes génitaux méritent une attention toute particulière, eu égard à la fréquence et à la variété des déformations dont ils sont le siège chez les aliénés et les idiots (Bourneville et Sollier).

Chez les individus du sexe masculin, il faudra rechercher le développement du pénis, qui peut être petit, atrophié ou très développé, même à l'état de flaccidité, sa direction (torsion de la verge), les rapports de la verge et du scrotum (verge palmée) ; le volume et la forme du gland, gland affilé des pédérastes, verge en battant de cloche des masturbateurs (Bourneville et Sollier) ; les vices de conformation du prépuce, tels que la brièveté du pénis et le phimosis fréquent et parfois très prononcé.

Les testicules sont souvent atrophiés ; on peut trouver aussi fréquemment des ectopies testiculaires (monorchidie ou cryptorchidie), l'inversion du testicule, des hydrocèles congénitales, des varicocèles.

L'ouverture du méat peut être anormale ; il faut examiner s'il y a de l'épispadias ou de l'hypospadias et à quel degré. S'il y a de l'hermaphroditisme, il sera bon de le décrire et d'en indiquer la nature. Enfin, on devra noter également la présence ou l'absence de poils au pubis, leur disposition et autant que possible l'époque de leur apparition.

Chez les individus du sexe féminin, il existe quelquefois des anomalies congénitales des organes génitaux externes : atrésie congénitale de la vulve, absence ou imperforation du vagin, rétrécissement et cloisonnement du vagin (Gilson) ; ouverture du vagin dans un lieu anormal, direction presque horizontale. Il faudra aussi examiner la forme des grandes et des petites lèvres, parfois tombantes et formant ce qu'on appelle le tablier ; du clitoris, de l'hymen, ainsi que leur développement relativement aux autres parties et à l'âge du sujet ; la situation et la forme du méat, l'effacement de la fosse naviculaire. Ces déformations ont une importance spéciale, car leur constatation peut être l'indice d'habitudes vicieuses si fréquentes chez les aliénées.

Cet examen des organes génitaux de la femme est des plus délicats à pratiquer. Ces constatations, faites la plupart du temps en dehors du consentement des malades, peuvent être l'origine d'accès d'agitation, d'interprétations délirantes, d'accusations fausses. Aussi est-il bon de ne le pratiquer que dans les cas où il paraît indispensable, avec la plus grande discrétion, avec toutes les précautions possibles et toujours en présence de témoins.

L'anus peut être aussi le siège de difformités congénitales (ouverture dans un endroit anormal), ou de déformations acquises (aspect infundibuliforme, effacements des plis radiés), pouvant révéler des habitudes de pédérastie.

Enfin, il sera utile d'examiner les mamelles, et en dehors des tumeurs qui peuvent servir à alimenter un délire, de noter leur forme et leur position (forme en poire, insertion à la base du thorax), les caractères du mamelon (petit, rétracté, parfois sans conduits excréteurs), leur développement (développement rudimentaire, polymastie chez la femme, gynécomastie chez l'homme).

Ces premières données sur les caractères sexuels secondaires se trouveront complétés par l'examen même des diverses parties du corps (développement des hanches, du bassin, des fesses, de l'abdomen, forme des membres, délicatesse des attaches, développement du système musculaire, abondance et disposition des poils, etc.).

Peau et appendices cutanés. — L'examen morphologique du corps devra se terminer par l'étude de la peau. Outre sa couleur variable suivant la nature de la maladie (manie, mélancolie, stupeur), il sera bon de rechercher la présence de taches pigmentaires (nævi, vitiligo), d'éruptions diverses ou d'éruptions anciennes, notamment la syphilis ; les cicatrices de tatouages dont l'importance chez certains sujets, tels que les fous moraux, a été mise récemment en lumière (Lacassagne, Marro, Lombroso) ; les cicatrices accidentelles par suite de chutes, de contusions, de brûlures, parfois caractéristiques comme dans l'épilepsie ; les cicatrices du cou, du pli du coude, des organes génitaux, révélant des tentatives de mutilation ou de suicide, qui sont loin d'être rares, en particulier chez les mélancoliques ; l'état des ganglions et les cicatrices ganglionnaires (scrofule, syphilis) ; la flaccidité de la peau, l'état du tissu cellulaire sous-cutané (myxœdème, polysarcie, stéatopygie, œdème de causes variées), les rides parfois précoces signalées dans la folie morale (Ottolenghi) et la sénilité précoce (Charpentier).

Du côté du système pileux, il est bon de noter son abondance et sa distribution, comme, par exemple, l'absence de poils au pubis ou à l'aisselle à l'âge adulte ; la rareté de la barbe chez l'homme et son développement chez la femme ; la forme des cheveux, plats, ondés, frisés ; leur abondance et leur couleur, surtout par rapport à l'âge du malade (albinisme, canitie et calvitie précoces) ; la forme de la calvitie (syphilitique, arthritique ou due à des maladies locales du cuir chevelu) ; l'implantation des cheveux, leur empiétement et leur insertion triangulaire ou circulaire sur le front, la déviation du tourbillon le plus souvent à droite, la présence du double tourbillon, trace d'une anomalie de développement de l'extrémité supérieure du canal vertébral (Féré) ; enfin la longueur démesurée des cheveux chez les hommes et la mutilation de la chevelure chez les femmes en rapport avec le délire (hypochondrie, mysticisme, mélancolie).

Du côté des ongles, sans parler des déformations accidentelles et professionnelles, on a vu des anomalies de développement coïncidant avec celles des doigts de la main (absence, atrophie, anomalies de nombre) ; on pourra noter aussi leur hypertrophie (vieillard), leur usure (ongles rongés et macérés des idiots), les lésions trophiques dont ils peuvent être atteints (arthritisme, syphilis).

Parmi les données somatiques que nous venons d'examiner en détail, il en est qui, par leur ensemble, constituent ce qu'on appelle quelquefois les *caractères morphologiques généraux*.

On a l'habitude de considérer sous ce nom la taille, le poids, l'âge, la constitution, les caractères sexuels, l'eurythmie morphologique générale.

Les variations générales de la taille n'ont d'importance que si elles s'éloignent beaucoup de la moyenne (nanisme, gigantisme). La détermination du poids, variable suivant l'âge, le sexe, la race, le développement osseux ou musculaire, l'hygiène, l'alimentation, etc., est surtout utile pour le pronostic.

On peut de même, à l'aide des constatations précédentes, déterminer si, d'une façon générale, le malade présente un développement normal, une constitution faible ou robuste; s'il est rhumatisant, rachitique, scrofuleux, etc., et si certains des caractères morphologiques sont bien en rapport avec son âge (infantilisme ou sénilité précoce).

Il est bon de se souvenir enfin que les aliénés sont loin d'être des modèles de plastique; l'on n'en sera pas étonné après cet exposé des variations morphologiques qu'ils peuvent présenter et qui ne sont pas sans altérer l'eurythmie générale, les proportions harmonieuses des formes corporelles.

Ajoutons que ces malformations diverses peuvent arriver à constituer, surtout pour la physionomie, des types de déviation que l'on rencontre souvent très caractérisés dans les asiles d'aliénés (Tebaldi) et dans les prisons (Lombroso).

En résumé l'examen morphologique peut donner bon nombre de renseignements peut-être secondaires, mais cependant parfois utiles, et à ce titre il ne doit pas être négligé. Mais il importe d'apprécier exactement toutes les anomalies, car elles n'ont pas la même valeur; et ce n'est qu'en étudiant leur nature et leur cause qu'on peut être éclairé sur leur véritable signification (pathologique, tératologique).

Au lieu de noter à la légère tel ou tel fait qui frappe à première vue, il faut pratiquer un examen d'ensemble, qui seul peut avoir une portée, et d'autant plus grande que les détails en seront soigneusement décrits sous leur aspect actuel et analysés sous le rapport de leur origine et de leur nature.

De plus, *en pratique*, et lorsqu'il s'agit de mettre des anomalies morphologiques en rapport avec l'aliénation mentale, à titre de stigmates physiques, ne doit-on compter que les cas *prononcés*, et de façon qu'il ne puisse y avoir d'erreur d'appréciation possible, ni sur leur existence, ni sur leur caractère, en tenant compte aussi de la race, du milieu ethnique de l'individu. D'autre part, comme ces stigmates peuvent manquer chez bien des aliénés ou se rencontrer souvent chez des individus normaux, ce n'est que leur *accumulation* qui peut avoir de l'importance au point de vue de la détermination d'un état d'infériorité individuelle, en rapport avec l'aliénation mentale coexistante, et c'est ainsi que nous les voyons croître en intensité, en gravité et en nombre, des normaux aux aliénés, aux épileptiques et aux idiots.

II. — SYMPTOMES SOMATIQUES

Il n'est pas rare d'observer chez les aliénés des désordres fonctionnels dans le domaine des différents appareils organiques. L'interprétation de leurs rapports avec les symptômes mentaux n'est pas toujours facile.

S'il est vrai que la crainte des théories métaphysiques puisse être à l'époque actuelle, pour le médecin aliéniste, le commencement de la sagesse, il n'est pas moins vrai, d'autre part, qu'il ne suffit pas de constater chez un aliéné quelques troubles organiques pour se croire autorisé d'emblée à leur rattacher les accidents vésaniques.

Les rapports qui existent entre ces deux ordres de phénomènes, somatiques et psychiques, peuvent être très différents.

Tantôt ces rapports se limitent à une simple coexistence. Les liens qui rattachent les uns aux autres les symptômes somatiques et psychiques peuvent être alors plus ou moins étroits. En effet, s'ils peuvent relever tous du même processus morbide (paralysie générale, confusion mentale, intoxications, démences organiques, etc.), il est d'autres cas dans lesquels ils se rattachent à des processus morbides différents évoluant simplement côte à côte, d'une façon indépendante chez le même individu.

D'autres fois, les rapports entre les symptômes physiques et psychiques sont de nature toute différente. Ce sont des rapports de cause à effet.

Dans certains cas ce sont les symptômes organiques qui, d'une façon directe ou indirecte, ont déterminé les désordres mentaux ou ont servi d'appoint à leur éclosion, à leur persistance en totalité ou pour quelques-uns d'entre eux.

Inversement, il est d'autres cas dans lesquels les désordres observés dans le domaine des différentes fonctions organiques procèdent directement de l'affection mentale même. Il n'est pas rare d'ailleurs, en pareille circonstance, de les voir réagir à leur tour sur les symptômes mentaux, pour en modifier plus ou moins la physionomie.

Si brèves qu'elles soient, ces quelques considérations suffisent à montrer toute l'importance que peuvent avoir l'examen des fonctions des différents organes chez les aliénés et l'analyse exacte de la signification des symptômes ainsi relevés.

A. — **Système nerveux.**

1° Motilité. — En première ligne se place l'examen des fonctions motrices. Il est d'autant plus important chez les aliénés que ces fonctions président à l'expression extérieure des états de conscience dans la mimique, l'attitude, la démarche, le langage, les actes. Leur étude, en tant que manifestation de l'activité psychomotrice, peut ainsi prêter un point d'appui utile à l'observation clinique.

L'analyse expérimentale des mouvements, en particulier dans leur vitesse,

leur énergie, leur durée, leur forme, leur succession, à l'aide des procédés en usage dans les laboratoires (dynamographe, ergographe, myographe, etc.), n'est pas non plus sans fournir des résultats appréciables en nous montrant leurs variations en rapport avec des phénomènes psychologiques particuliers.

Si l'on se place simplement au point de vue physiopathologique, les troubles des fonctions motrices, relevant de désordres de l'innervation, peuvent se présenter dans différentes conditions (Krafft-Ebing).

Tantôt ils sont préexistants aux désordres mentaux, et relèvent de maladies nerveuses antérieures ou d'anomalies congénitales.

Tantôt ils coïncident avec l'apparition des phénomènes mentaux ou surviennent pendant leur cours, soit à titre de complication n'ayant aucun rapport avec l'affection psychique, soit à titre de symptômes dépendant d'un même processus pathologique.

Très rares dans les vésanies proprement dites, à part quelques cas de mélancolie attonita, de stupidité, ces troubles de la motilité sont au contraire très fréquents dans les folies névrosiques, les intoxications, les délires d'origine infectieuse, les folies dues à des lésions organiques.

Ils s'observent d'ordinaire sous toutes les formes décrites en neuropathologie : paralysies, spasmes, contractures, convulsions, mouvements choréiques, athétose, tremblements, ataxie. Il est toutefois certains désordres moteurs plus particuliers aux affections mentales.

Tétanisme. — On désigne en psychiâtrie sous le nom de *tétanie,* ou mieux de *tétanisme,* un état particulier d'excitabilité réflexe du système musculaire, rappelant assez bien les phénomènes du strychnisme et se rapprochant singulièrement de ces phénomènes d'hyperexcitabilité neuro et cutano-musculaire décrits par Charcot et P. Richer chez certaines hystériques hypnotisées. Tout contact, toute tentative de mouvement détermine dans la partie correspondante une contraction spasmodique des muscles fléchisseurs, qui, si l'on insiste, arrive presque jusqu'à la contracture.

Le tétanisme s'accompagne généralement d'une exagération des réflexes superficiels ou profonds; il se limite toujours aux fléchisseurs, adducteurs et pronateurs, laissant indemnes les extenseurs.

Le plus ordinairement il est localisé aux membres supérieurs; parfois il s'étend aux muscles du tronc, de la nuque, de la face.

Le mécanisme n'est jamais spontané, mais au degré le plus accentué l'excitabilité du système musculaire est comme latente et telle qu'il suffit de l'excitation la plus légère pour provoquer le phénomène qui en même temps se généralise à presque tout le corps.

Le tétanisme se rencontre dans certains cas de stupidité aiguë, de mélancolie, de folies toxiques.

Etat catatonique. — L'état catatonique ou mieux le *catatonisme* (Morselli) consiste dans la contraction tonique de certains groupes musculaires

provoquant des attitudes déterminées, fixes, stéréotypées. On l'observe surtout dans les muscles du cou, de la nuque, de la colonne vertébrale, de la face, des membres supérieurs, plus rarement dans ceux des membres inférieurs. Non seulement les fléchisseurs ou les adducteurs, mais aussi les extenseurs peuvent être intéressés. La rigidité spontanée des muscles s'accroît encore dans les mouvements passifs, provoqués.

Ce symptôme particulier ne se montre jamais isolé. Toujours il se rattache à un ensemble de troubles psychiques avec lesquels il évolue. Sa durée est parfois très longue et peut se prolonger des mois, même des années.

Ces diverses particularités peuvent déjà servir à le différencier de la contracture vulgaire avec laquelle on pourrait le confondre au premier abord.

Il se distingue, d'autre part, du tétanisme en ce que le spasme musculaire est spontané, ne se limite pas seulement aux fléchisseurs et adducteurs, intéresse très fréquemment les extenseurs et ne s'accompagne pas d'une exagération aussi constante des réflexes.

L'état de tension musculaire le sépare radicalement de la catalepsie, avec laquelle on le confond bien souvent.

Les phénomènes catatoniques s'observent fréquemment à titre de symptômes accidentels dans des états psychopathiques divers, tels que la stupidité, les états de stupeur secondaire, de la paralysie générale, de l'épilepsie, certains cas de paranoia aiguë hallucinatoire.

Mais il est des circonstances où ils revêtent une importance plus particulière par leur développement, leur durée, leur constance. Ils s'accompagnent alors d'un cortège de symptômes assez spéciaux pour que Kalhbaum, et d'autres auteurs à la suite, aient pu tenter de faire de ces cas une forme spéciale d'affection mentale, la Catatonie, que l'on tend aujourd'hui à considérer comme une variété de la démence précoce (démence catatonique, Kræpelin).

Attitudes cataleptiques. — La catalepsie est caractérisée par la coexistence de la perte de la contractilité volontaire des muscles de la vie animale avec leur aptitude à recevoir et à conserver les divers degrés de contraction qu'on leur imprime (Blocq et Onanoff). Le phénomène le plus caractéristique de la catalepsie consiste dans l'immobilisation du membre et du tronc dans certaines attitudes prises spontanément ou provoquées d'une façon passive. Mais les muscles ne sont pas contracturés, et dans les mouvements que l'on imprime aux membres, on constate qu'ils présentent une souplesse toute particulière, la flexibilitas cerea. Les attitudes sont conservées pendant assez longtemps sans modifications, et ce n'est que la pesanteur des membres qui, se faisant sentir peu à peu, les amène à une autre position. Elles ne s'accompagnent d'aucun effort, ainsi qu'en témoignent les tracés respiratoires et musculaires. Il existe en général des troubles anesthésiques cutanés et musculaires.

Les attitudes cataleptiques des aliénés doivent être distinguées en plusieurs catégories.

Les unes sont vraiment dues à des états cataleptiques francs, présentant les particularités que nous venons de rappeler.

Dans certains cas, les phénomènes sont moins nets; il ne s'agit que d'états cataleptoïdes. L'insensibilité du sujet n'est pas complète, il modifie quelquefois, en la prenant, l'attitude qu'on lui donne, et s'il maintient bien les membres dans la position imprimée, sans phénomènes d'effort, il est capable de la modifier par la suite, si on lui en donne l'ordre, et d'exécuter plus ou moins lentement un mouvement commandé.

Chez les aliénés, on n'observe pas d'habitude le fait de la répétition automatique d'un mouvement passif comme chez les hystériques cataleptiques.

A côté de ces états cataleptiques vrais, se placent les états pseudo-cataleptiques. Le malade s'immobilise bien dans une attitude donnée, mais ne présente nullement les marques de la catalepsie vraie.

Dans la plupart des cas, ces attitudes pseudo-cataleptiques ne sont en réalité que des états catatoniques avec rigidité musculaire.

D'autres fois, elles sont purement volontaires, en rapport avec une idée délirante, une hallucination, et s'accompagnent alors de phénomènes d'effort parfois très apparents.

Les états cataleptiques ou cataleptiformes s'observent notamment dans la folie hystérique, la mélancolie avec stupeur, la stupidité, la catatonie, l'épilepsie, la paralysie générale.

Tremblements. — Le tremblement est un symptôme fréquent dans les affections mentales, parfois caractéristique, comme dans la paralysie générale, la démence sénile, les folies toxiques ou infectieuses. Mais, en dehors de ces tremblements divers, il en est qui se rencontrent dans les psychoses simples, en rapport direct avec les altérations de la sphère psychique, à l'exclusion de tout autre facteur; ce sont les seuls dont nous nous occuperons.

Ces tremblements ne se manifestent pas au repos, mais se produisent à l'occasion des mouvements volontaires; ils sont intentionnels.

Ils ne varient pas suivant la forme clinique de la psychose, mais se rapportent simplement aux deux symptômes fondamentaux, l'exaltation ou la dépression, qui se peuvent rencontrer dans toutes les variétés de vésanies.

Dans les états d'exaltation, le tremblement est vibratoire; les oscillations sont plus fréquentes, plus rapides, plus élevées, plus inégales.

Dans les états de dépression le tremblement est ondulatoire; les oscillations sont plus rares, plus lentes, plus basses, plus monotones dans leur rythme et leur égalité (Cristiani).

La relation de ces tremblements avec les phénomènes mentaux se trouve confirmée par leur marche, leurs variations parallèles, et par l'observation de modifications correspondantes dans le système respiratoire ou la démarche.

2° Activité réflexe. — Les réflexes qu'il importe de rechercher chez les aliénés sont : les réflexes pupillaires, les réflexes cutanés et muqueux, les réflexes tendineux et idio-musculaires et enfin les réflexes cardio-vasculaires.

L'étude de ces derniers, extrêmement intéressante au point de vue de la psychologie expérimentale, ne semble pas cependant avoir fourni jusqu'à ce

jour des renseignements précis et définitifs pour le diagnostic clinique des différents états vésaniques.

En revanche, la détermination des réflexes pupillaires constitue un élément très important de la clinique psychiatrique.

Le plus généralement rondes, de contours parfaitement nets à l'état normal, les pupilles, chez certains aliénés (paralytiques généraux) se présentent avec des contours irréguliers, une forme allongée, ovalaire.

Leur diamètre aussi subit des modifications diverses. Tantôt il existe un myosis plus ou moins prononcé (paralysie générale, alcoolisme, morphinisme), tantôt de la mydriase (paralysie générale, mélancolie, anxieuse, épilepsie, démence précoce).

Dans certains cas, il existe une inégalité du diamètre des deux pupilles, soit permanente (paralysie générale), soit transitoire, variable ou alternante (confusion mentale, démence aiguë, délires infectieux) (Chaslin, Séglas, Régis, Mendel).

Les réactions pupillaires peuvent être altérées dans leurs différents modes.

Parfois la réaction à la lumière est très lente ou même ne se produit pas, les pupilles ne se resserrent plus, mais restent rigides. Souvent le phénomène est bilatéral, mais il peut aussi prédominer ou n'exister que d'un seul côté. Le réflexe lumineux semble se dissocier pour les deux yeux.

Exceptionnellement on a pu observer l'inversion du réflexe pupillaire (d'Abundo, Moukhine, Mariana, Dotto, Bechterew, Frenkel, Morselli), c'est-à-dire la dilatation des pupilles à la lumière incidente (paralysie générale).

Le réflexe à l'accommodation est rarement perdu seul. Ce que l'on observe le plus fréquemment, c'est la dissociation des réflexes pupillaires à la lumière et à l'accommodation à distance, le réflexe lumineux étant perdu, le second conservé. Ce signe, dit d'Argyll Robertson, est des plus importants, presque caractéristique du tabes et de la paralysie générale. On a signalé récemment dans la mélancolie le phénomène inverse, c'est-à-dire la conservation du réflexe de la lumière, avec perte du réflexe à l'accommodation (Athanassio).

A l'état normal, les excitations cutanées, tactiles ou douloureuses, les émotions subites déterminent une réaction pupillaire, une dilatation réflexe plus ou moins grande du sphincter iridien. Ce réflexe disparaît dans bon nombre de processus psychopathiques tels que la mélancolie, la stupidité, les démences organiques.

Il est à noter aussi que dans certains cas, les réflexes pupillaires, tout en n'étant pas totalement perdus, se produisent d'une façon très lente, avec un temps de réaction double ou triple de la normale.

La plupart des troubles pupillaires, sans préjuger de leur fréquence, de leur intensité, de leur nature, ne sont spéciaux à aucune forme d'aliénation mentale. Pour leur attribuer une valeur diagnostique et pronostique, il faut distinguer parmi eux et bien spécifier leur caractère dans chaque cas.

L'inégalité se trouve dans toutes les psychoses et avec une telle fréquence que, malgré l'usage, il ne faut lui accorder aucune importance séméiologique.

Le trouble du réflexe à la lumière, s'il se caractérise par l'abolition complète et persistante, sera, avec une extrême probabilité, en faveur d'une des psychoses par lésions organiques. La simple altération, sans abolition, aura la même signification si elle est constante ou progressive. Les réflexes à la lumière inconstants et variables, sont caractéristique des psychoses fonctionnelles. Ces données s'appliquent intégralement aux troubles du réflexe à l'accommodation ; ce n'est pas l'existence, mais les caractères de ce trouble qui en font la valeur. Quant aux déformations pupillaires, tant que l'on n'aura pas distingué les espèces avec leurs caractères et leur fréquence dans chaque forme morbide, elles seront d'une signification nulle (R. Mignot).

Tout en fournissant des renseignements moins précis, la constatation des réflexes cutanés et musculaires n'en a pas moins une certaine valeur. Ce point a déjà fait l'objet de nombreux travaux. Un des plus récents et en même temps des plus pratiques, car il résume presque toute la séméiologie de la question, est dû à Agostini.

D'après cet auteur, dans la folie paralytique, à la période initiale, la sensibilité à la douleur, les réflexes cutanés sont diminués ; les réflexes tendineux augmentés. A la seconde période, l'hypoalgésie augmente, les réflexes tendineux et idiomusculaires s'exagèrent. A la dernière période, la sensibilité à la douleur, les réflexes cutanés et muqueux sont très faibles, les tendineux diminués ou absents, les idio-musculaires très développés.

Dans la folie épileptique, la plupart du temps, la sensibilité à la douleur, les réflexes cutanés et muqueux sont faibles ; les musculaires et tendineux très marqués. Après l'accès, la sensibilité à la douleur, les réflexes cutanés et muqueux sont diminués ; les tendineux et musculaires exagérés ; parfois trépidation épileptoïde. Dans les accès congestifs ou épileptiformes, on observe dans la moitié du corps intéressée par les convulsions les mêmes phénomènes que dans l'accès épileptique.

Dans la folie alcoolique, les réflexes musculaires et tendineux sont souvent exagérés ; les autres, cutanés et muqueux, plutôt faibles.

Dans la paranoia, les différents réflexes sont en général normaux, ou ils sont parfois cependant exagérés. Il en est de même dans la manie.

Chez les neurasthéniques, les délirants hypocondriaques, les réflexes sont en général plus vifs qu'à l'état normal.

Dans la mélancolie simple, l'activité réflexe est généralement normale ; dans la mélancolie anxieuse les réflexes cutanés et muqueux sont plus faibles, les tendineux rapides, parfois exagérés. Dans les formes avec status attonitus (en particulier, la démence catatonique), il y a aussi fréquemment exagération des réflexes tendineux. Il en est de même dans la confusion mentale, la démence aiguë.

Dans les démences secondaires les réflexes cutanés et muqueux sont diminués ; les réflexes tendineux normaux ou exagérés.

Il en est de même dans l'imbécillité et l'idiotie.

Certains aliénés, neurasthéniques, hystériques, maniaques, stupides, présentent une diffusion remarquable des réflexes, suivant une succession régu-

lière conforme aux lois dites de Pflüger. Tanzi en a rapporté un exemple des plus démonstratifs.

3° Sensibilité. — Les troubles de la sensibilité sont peut-être les plus importants de ceux que permet de relever l'examen somatique des aliénés.

Mais, ainsi que le fait remarquer, très prudemment à notre avis, le Pr Morselli, leur constatation précise est quelquefois entourée de difficultés insurmontables qu'il faut bien connaître avant d'interpréter les résultats obtenus.

L'appréciation de presque toutes les formes de sensibilité nécessite la participation consciente du sujet. Pour cette raison, il est clair que la valeur de telles recherches cliniques diminue ou même peut devenir nulle quand le défaut d'attention, les interprétations délirantes, la confusion, la torpeur, l'excitation intellectuelle du sujet ne nous garantissent nullement la réalité de ce qu'il éprouve ou dit éprouver, et sont tout au moins de nature à provoquer des erreurs d'observation dans une même série d'expériences chez un seul individu, toutes les conditions extrinsèques des expériences restant d'ailleurs identiques.

D'autre part, si l'on cherche à juger les résultats obtenus chez l'aliéné à l'aide des moyennes physiologiques, il faut que les chiffres obtenus s'éloignent beaucoup des chiffres normaux pour pouvoir être jugés pathologiques, eu égard aux variations considérables qui existent déjà chez les individus sains.

Chez les aliénés, les troubles de la sensibilité peuvent être l'effet immédiat de processus pathologiques altérant le tissu nerveux (psychoses toxiques, démences, paralysie générale) ou dépendre d'une condition morbide de la conscience (psychoneuroses, confusion, etc.). Aussi les distingue-t-on d'habitude en organiques et fonctionnels. Suivant leurs caractères ils peuvent se présenter sous la forme d'hyperesthésies, d'hypoesthésies ou de paresthésies.

Ces altérations variées peuvent d'ailleurs intéresser aussi bien les sensations *externes*, c'est-à-dire dues et rapportées aux objets extérieurs, que les sensations *internes*, c'est-à-dire celles qui ont pour point de départ les organes internes et sont rapportées, non plus aux objets extérieurs, mais au moi sentant.

Sensations externes. — *Toucher.* — La sensibilité de la peau, envisagée comme sens du toucher, est pour nous l'origine de notions variées, notions de forme, de superficie, de consistance des objets, de leur localisation à la surface du corps, de leur poids et de leur résistance, de leur température.

Nous n'étudierons pas ici chacune de ces notions prise isolément dans les modifications qu'elle peut présenter. En nous plaçant simplement au point de vue séméiologique et considérant dans son ensemble la sensibilité cutanée, nous rappellerons que les altérations qui peuvent l'atteindre sont surtout l'*anesthésie* et l'*hyperesthésie*.

L'anesthésie peut être partielle ou généralisée. L'anesthésie partielle ne se

rencontre guère que dans les formes délirantes qui se rattachent à l'hystérie ou s'accompagnent de troubles organiques du système nerveux central ou des nerfs périphériques. On a signalé toutefois la présence d'anesthésie partielle dans d'autres formes d'aliénation telles que la stupidité (Buccelli), l'épilepsie.

L'anesthésie généralisée appartient aux affections fonctionnelles, hystérie, stupidité, catatonie (?). Elle est évidemment dans ces derniers cas d'origine purement psychique et ne relève que de l'obnubilation de la conscience.

Ce mécanisme psychologique a été surtout mis en évidence pour l'anesthésie hystérique, considérée comme résultant d'un rétrécissement du champ de la conscience. Les sensations élémentaires restent dans le domaine de l'inconscient ; tout en étant ainsi enregistrées, elles ne sont pas assimilées par la conscience personnelle (P. Janet).

Chez les idiots, il existe aussi une sorte de paresse de la sensibilité, en rapport avec l'insuffisance même du développement cérébral.

L'hyperesthésie cutanée n'est pas rare dans certaines maladies mentales, telles que la folie hystérique, l'hypocondrie, la catatonie, les délires toxiques. Dans ces cas, l'hyperesthésie est souvent localisée, soit qu'elle résulte d'une altération de l'innervation périphérique (psychoses toxiques), soit qu'elle dépende d'un processus psychique particulier (névralgies d'origine centrale (Huchard), topoalgie (Bloch) des hypocondriaques, glossodynie ; zones hystérogènes).

On observe quelquefois chez les aliénés des troubles paresthésiques divers de la sensibilité cutanée, tels que sensations paradoxales (allochirie), dissociation des divers éléments de la sensation, anomalie dans la persistance des impressions.

L'examen de la sensibilité dans des points symétriques de chaque moitié du corps pourra révéler à l'occasion le mancinisme sensoriel, fréquent chez les épileptiques et les délinquants (Lombroso).

Goût et odorat. — Nous ne ferons que signaler les altérations des sens du goût et de l'odorat que l'on rencontre quelquefois dans les folies toxiques, l'hypocondrie, la mélancolie avec sitiophobie, la paralysie générale, dans laquelle la perte de l'odorat est souvent unilatérale.

Vue. — Les troubles des fonctions visuelles peuvent être de différente nature. Les uns intéressent les fonctions accessoires d'accommodation, de motilité de l'appareil sensoriel (anomalies ou lésions du fond de l'œil, réfraction, accommodation, strabisme, nystagmus, blépharospasme, ophthalmoplégies, etc.).

Les autres concernent directement la perception visuelle : troubles de l'acuité visuelle, modifications du champ visuel, de la vision des couleurs, de la perception de l'espace visuel.

L'acuité visuelle peut être diminuée chez les aliénés comme chez les individus sains d'esprit, sous l'influence d'altérations dioptriques ou de lésions du fond de l'œil (paralysie générale, démences organiques, psychoses toxiques).

Dans les psychoses pures, on observe souvent une diminution de l'acuité visuelle dans les formes dépressives, asthéniques. Chez certains aliénés on a même invoqué l'existence de troubles centraux de la vision (cécité psychique) pour expliquer la production de phénomènes particuliers (alexie, confusion des personnes). Il convient aussi de faire à ce propos une mention spéciale pour l'amaurose hystérique, la dissociation de la vision binoculaire (Antonelli), les hallucinations visuelles dites négatives consistant dans une cécité systématisée limitée à certains objets ou à certaines personnes et justiciables de troubles de la conscience personnelle (Liégeois).

Certains aliénés en état d'excitation se vantent d'avoir une vue excellente et supérieure ; mais cette prétention n'a rien de fondé et n'est qu'une manifestation de leur délire (paralysie générale).

Il ne faut pas confondre davantage avec l'hyperacuité visuelle, la photophobie que présentent d'autres aliénés (hypocondriaques, délires toxiques et infectieux). Nous rappellerons ici la fréquence chez les névropathes de scotomes scintillants, relevant de la migraine ophtalmique et que l'on rencontre parfois dans certains cas de folie transitoire (Mingazzini), dans l'épilepsie (Féré), la mélancolie (Séglas), la paralysie générale (Parinaud).

Les modifications du champ visuel, scotomes périphériques et centraux, hémianopsie, s'observent fréquemment chez les aliénés, surtout dans la paralysie générale, les démences organiques, l'épilepsie. Le rétrécissement concentrique est presque caractéristique de l'hystérie. On observe aussi des rétrécissements partiels dans la neurasthénie, dans l'épilepsie. On rencontre encore ces rétrécissements du champ visuel dans l'alcoolisme, la mélancolie, la stupidité et la folie morale (de Sanctis), sans que l'on puisse invoquer une combinaison de ces états morbides avec l'hystérie.

L'achromatopsie totale ou partielle manque rarement dans l'hystérie ; on peut aussi l'observer dans l'alcoolisme, dans la paralysie générale. Certains vésaniques, hypocondriaques, mélancoliques, se plaignent quelquefois de n'apercevoir les objets que sous une teinte grisâtre uniforme (Morselli).

Les troubles de la vision des couleurs sont souvent congénitaux (daltonisme), et à ce titre peuvent se rencontrer chez les débiles, les fous moraux. D'après les recherches de Bono, la proportion des aliénés atteints de daltonisme est à peu près la même que celle des individus normaux, tandis qu'elle triple chez les délinquants.

Enfin, on a signalé des troubles de la perception visuelle de l'espace chez certains aliénés qui se plaignent de voir tous les objets sur un même plan, ou déplacés de leurs positions respectives, et semblent même perdre plus ou moins complètement la notion de leur distance (délires toxiques, haschich en particulier).

Ouïe. — L'examen des fonctions auditives comporte à la fois celui de l'appareil auditif et celui du mode de perception des sons avec leurs différentes qualités, de leur localisation dans une direction et à une distance déterminées.

L'audition peut être altérée de différentes manières : tantôt elle paraît diminuée, ou même abolie, soit par suite de désordres organiques intéressant l'appareil auditif périphérique ou les centres corticaux, soit simplement par suite des troubles de la conscience (confusion, stupidité, mélancolie, hystérie). Nous rappellerons à ce propos le fait curieux de la diminution de l'acuité auditive chez les vieux hallucinés de l'ouïe (Luys, Legay).

D'autres fois, au contraire, il existe une sorte d'hyperesthésie auditive. Ainsi, certains aliénés se plaignent d'entendre les sons d'une façon absolument exagérée ; le plus petit bruit, réel ou hallucinatoire, éclate à leurs oreilles avec un fracas assourdissant. A ce propos il n'est pas sans intérêt de rappeler l'hyperexcitabilité, reconnue par plusieurs auteurs, du nerf acoustique chez les hallucinés auditifs (Joly, Chvostek).

Un symptôme fréquent et d'une extrême importance est l'existence de bruits subjectifs qui sont souvent le point de départ d'hallucinations auditives de nature diverse. On a signalé aussi l'éclosion de troubles psychiques particuliers à la suite de maladies de l'oreille (Robin).

Nous devons mentionner encore le symptôme désigné sous le nom d'*audition colorée* et qui consiste dans l'évocation d'une couleur déterminée par l'audition d'un son.

Sensations internes, cénesthésie. — Il est encore un groupe de sensations, peut-être le plus étendu et le plus important, car il constitue en quelque sorte le fondement de notre vie mentale. Ce sont les sensations dites internes, ayant pour point de départ les organes internes et rapportées au moi sentant.

Ce complexus d'impressions, qui de tous les points du corps sont sans cesse transmises au sensorium, se résume dans ce sentiment général que nous avons de l'existence de notre corps et que l'on désigne du nom de sens intérieur, sens de l'existence, *cénesthésie*. C'est lui qui constitue la base de la personnalité physique et par conséquent, comme l'a bien montré Ribot, le germe de la personnalité totale de l'individu.

« Pour analyser ce sentiment de l'existence, il faudrait reprendre une à une toutes les sensations internes, y ajouter les impressions dérivant des sensations externes, car elles aussi prennent certainement une part à ce sentiment de cénesthésie, et chercher comment les résidus de ces diverses sensations et les impressions actuelles des mêmes sensations s'associent, s'entremêlent et se fixent dans la conscience pour produire cet état sensitif complexe, si vague et si indéterminé dans sa nature, si précis et si net dans son caractère final de personnalité physique. » (Beaunis.)

La recherche du mode de développement, de la constitution et des perturbations de la cénesthésie est chez l'aliéné de la plus haute importance. Les modifications qui viennent à se produire dans le complexus des sensations qui la constitue, ne se limitent pas à un changement de la personnalité physique. Mais, comme c'est dans la cénesthésie que réside l'origine première des émotions, de la sensibilité morale, il s'ensuivra des modifications con-

nexes de la vie affective qui constituent la base même, le fondement indispensable de certaines formes d'aliénation (mélancolie), et dont les idées délirantes ne seront en quelque sorte qu'une tentative d'interprétation, une justification tentée par le malade. Dans d'autres cas où le complexus cénesthétique ne paraît pas atteint dans sa totalité, plus ou moins radicalement modifié, il ne sera pas rare cependant de rencontrer tel ou tel symptôme particulier (hystérie), telle ou telle idée délirante dont la présence, la nature spéciale, ne pourront trouver leur explication que dans un trouble déterminé de la sensibilité interne (hypochondriaques, persécutés).

Cette recherche n'est pas toujours facile même pour un aliéniste exercé ; aussi devra-t-on noter très soigneusement tous les troubles de la sensibilité interne que le malade peut présenter.

Dans cet examen, il importe notamment de rechercher l'état de la sensibilité générale organique « du sens de la douleur » (téguments, muscles, nerfs, os et articulations), et celui de la sensibilité viscérale (viscéralgie), surtout pour le tube digestif, les organes sexuels, le cerveau, les appareils circulatoire et respiratoire, puis les sensations fonctionnelles provoquées par l'exercice des fonctions diverses de nutrition, de reproduction, de relation. Parmi elles, celles qui sont en rapport avec l'activité musculaire (sens musculaire) méritent une attention toute spéciale (énergie, sens de la force musculaire, étendue, rapidité, durée, direction du mouvement, situation de notre corps et de nos membres ; sens de l'effort proprement dit) ; enfin, les différents besoins organiques, que l'on peut, avec Beaunis, distinguer en besoins d'activité (besoins d'activité musculaire, psychique et sensorielle ; besoins de nutrition, faim et soif, miction, défécation ; besoins de respiration ; besoin sexuel ; besoins instructifs et acquis) ; et besoin d'inaction (sommeil et repos).

Les moyens d'investigation peuvent être puisés à plusieurs sources. Parfois, on peut s'aider des procédés expérimentaux (sens de la douleur, sens musculaire). Dans d'autres circonstances, les troubles des sensations internes s'objectivent en quelque sorte par différents symptômes, tels par exemple que la perte du sens de la fatigue, l'insomnie, les anomalies de la faim, de la soif, etc. La plupart du temps, surtout dans les périodes de début, les sensations cénesthétiques restent vagues, obscures, indéterminées chez l'aliéné comme chez l'individu sain ; mais plus tard, elles se traduisent souvent de la façon la plus nette dans les conceptions délirantes spéciales, parfois même à l'aide d'un vocabulaire tout à fait particulier.

4° Troubles trophiques et vaso-moteurs. — Les troubles trophiques sont loin d'être rares chez les aliénés. On a rangé dans cette catégorie un certain nombre des signes morphologiques signalés dans le précédent chapitre (arrêts de développement, paraplasties de Arndt).

Mais il en est d'autres qui sont plus particulièrement en rapport avec une maladie mentale déterminée. Parmi eux, nous nous bornerons à citer d'abord les troubles trophiques des téguments et des appendices cutanés ; pigmentations anormales, vitiligo, canitie et calvitie précoces, sclérodermie, ichtyose,

œdème, zona, pemphigus, troubles trophiques des dents et des ongles, etc. ; les plaies de décubitus (paralysie générale, démences organiques et toxiques, stupeur et stupidité) ; le mal perforant (paralysie générale) ; l'othématome auquel certains auteurs (Pellizi) attribuent au contraire une origine infectieuse; les fractures spontanées, les amyotrophies (alcooliques, paralytiques généraux, déments).

Les troubles vaso-moteurs ne sont pas moins fréquents. Les plus apparents sont naturellement ceux que l'on observe à la périphérie. Tantôt ce sont des phénomènes de paralysie vaso-motrice (cyanose, œdème); tantôt des spasmes vaso-moteurs (asphyxie locale) ; tantôt des irrégularités de la distribution du sang se révélant par des variations de température, de volume des membres ; tantôt des alternatives de pâleur ou de rougeur, etc. Les aspects cliniques les plus fréquents de ces troubles vaso-moteurs périphériques sont la cyanose, les œdèmes, la gangrène symétrique des extrémités (état de stupeur et de démence) ; l'érythro-mélalgie, l'asphyxie locale des extrémités. On considère aussi comme un trouble de nature vaso-motrice le sentiment d'oppression, d'angoisse précordiale, éprouvé par certains malades mélancoliques, hypocondriaques, obsédés, délirants alcooliques, hystériques, épileptiques. D'autres troubles vaso-moteurs n'ont point de siège déterminé : telles les ecchymoses spontanées (paralysie générale) et la dermographie.

Il est sans doute bien difficile de déterminer l'état de l'irrigation centrale, même en se fondant sur l'existence de troubles vaso-moteurs périphériques. Toutefos, certains aliénistes n'ont pas hésité à conclure par analogie et à rapporter la pathogénie de nombre de maladies mentales à des troubles vaso-moteurs, spasmodiques ou paralytiques, des régions centrales. C'est ainsi que Luys rattache presque tous les troubles mentaux à des phénomènes d'hyperhémie ou d'ischémie cérébrale et n'a pas craint même d'aller jusqu'à admettre des états mixtes d'hyperhémie et d'ischémie localisés à certains territoires, pour expliquer les différents symptômes d'une même affection. Meyer admet également que les différentes phases d'excitation et de dépression de la folie circulaire sont dues à des alternatives de parésie ou de spasme des vaso-moteurs encéphaliques.

Évidemment, ce ne sont là que des vues de l'esprit, de simples hypothèses dont la preuve reste encore à faire.

Il convient de remarquer toutefois que dans certaines formes de psychoses d'origine toxique ou infectieuse, l'autopsie a permis de constater des états de congestion passive, d'œdème cérébral, qui peuvent s'expliquer par l'action des toxines sur les vaso-moteurs centraux.

D'autre part, il existe des cas dans lesquels on a pu se croire légitimement autorisé à placer certains syndromes psychiques sous la dépendance des troubles de la circulation vaso-motrice, en présence de troubles de la circulation capillaire périphérique, du pouls, de la pression sanguine, constatables objectivement par les procédés expérimentaux appropriés.

Certains psychologues ont ainsi attribué une part prépondérante aux phénomènes vaso-moteurs dans la genèse des émotions ; et des aliénistes ont pu

tenter également de leur rapporter les désordres émotionnels observés dans différents états vésaniques. Récemment encore, G. Dumas décrivait chez des paralytiques, des maniaques, des mégalomanes, des mélancoliques, des hypocondriaques, différents types de joie et de tristesse en rapport avec des variations de la tension artérielle, de la circulation périphérique, de modifications de l'impulsion cardiaque.

L'hypothèse de troubles vaso-moteurs centraux est surtout vraisemblable lorsqu'il s'agit d'interpréter certains phénomènes passagers, tels par exemple que l'aphasie transitoire.

La *sécrétion sudorale* est souvent modifiée chez les aliénés. La sécheresse de la peau, l'anhydrose est un fait bien connu dans la mélancolie, les états de stupeur et de démence. D'autres fois on observe l'hyperhydrose (hystériques, neurasthéniques, basedowiens) ; cette hyperhydrose peut être parfois locale (neurasthénie, obsessions, psychoses névralgiques, accidents congestifs de la paralysie générale). On a signalé bien souvent à ce propos l'odeur nauséabonde, de souris, que répandent certains aliénés surtout maniaques et qui nous paraît due à un mauvais état des voies digestives, à une insuffisance des soins hygiéniques beaucoup plutôt qu'aux modifications de la sécrétion sudorale. On a noté cependant en pareil cas une augmentation de l'acidité de la sueur. Les expériences entreprises sur la toxicité de la sueur chez les aliénés (Cabitto, Gagnoni, Mavrojannis) n'ont donné jusqu'ici que des résultats contradictoires.

Liquide céphalo-rachidien. — L'augmentation de quantité et de tension de ce liquide a été notée depuis longtemps chez certains aliénés (idiotie hydrocéphalique, paralysie générale, stupidité). Bellisari a trouvé sa toxicité très élevée dans la paralysie générale. Rasori y a trouvé un bacille qu'il regarde comme pathogène chez des malades morts de délire aigu. Montesano et Montessori y ont décelé un microbe tétanisant auquel ils attribuent les attaques épileptiformes de la paralysie générale. L'étude du cytodiagnostic du liquide céphalo-rachidien d'après le procédé de Widal, Sicard et Ravaut, peut fournir à l'occasion d'utiles renseignements. Les recherches récentes de Babinski, Nageotte, Séglas, Dupré et Devaux, Joffroy, indiquent dans certains cas une lymphocytose constante (paralysie générale), alors que les résultats restaient normaux dans d'autres formes vésaniques (neurasthénie, démences précoces hébéphrénique, catalonique, paranoïde, démence alcoolique, démence organique, mélancolie présénile).

B. — Fonctions génésiques.

L'examen des fonctions génitales ne doit jamais être omis chez les aliénés des deux sexes, mais surtout chez la femme. Il doit comprendre naturellement la détermination de l'état physique des organes génitaux et la recherche des troubles de la fonction génitale.

Les affections diverses des organes génitaux internes ou externes sont

extrêmement fréquentes chez les femmes aliénées. Tout récemment encore certains auteurs (Picqué et Febvre) se sont attachés à mettre en relief l'influence d'une intervention locale opportune, médicale ou chirurgicale, sur l'évolution des accidents vésaniques.

Il semble résulter toutefois d'une enquête internationale faite par Pierraccini et Angelucci sur l'opportunité et l'efficacité de la cure chirurgicale gynécologique dans l'hystérie et les affections mentales, que l'indication opératoire doit reposer seulement sur la gravité des maladies des organes sexuels, indépendamment de toute considération relative à l'espérance d'une action favorable sur l'état nerveux ou mental des sujets.

Les désordres de la fonction menstruelle ne sont pas moins importants. Marcé dit avoir vu fort souvent les époques, jusque-là régulières, se rapprocher au cours d'un accès vésanique. Plus ordinaire est la suppression des règles. Presque banale surtout chez les mélancoliques, les stupides, elle doit être considérée comme l'effet beaucoup plutôt que comme la cause de la maladie. En pareil cas, les règles reparaissent lorsque la convalescence tend à s'établir. En revanche, l'installation de la puberté et de la ménopause est en général considérée comme un facteur étiologique assez important, pour que certains auteurs aient pu décrire à part des psychoses climatériques de la puberté (hébéphrénie de Hecker, catatonie de Kalbaum) et de la ménopause (mélancolie typique de Kræpelin).

Notons aussi que chez certaines prédisposées, le retour même régulier des règles s'accompagne souvent d'états vésaniques transitoires, et que chez nombre d'aliénées on observe sous la même influence une exacerbation périodique et passagère des phénomènes délirants.

La folie n'est pas un obstacle à la fécondation, ni au cours normal de la grossesse. L'avortement est rare chez les aliénées ; elles semblent même, à ce point de vue, jouir d'une grâce d'état en raison de leur anesthésie physique et morale (Cullerre).

Chez l'homme, l'examen des conditions physiques des organes génitaux pourra mettre souvent sur la voie de processus médullaires (paralysie générale), de syphilis antérieure ou de lésions diverses qui peuvent, à l'occasion, jouer un rôle plus ou moins important dans l'éclosion de certains délires (Raffegeau, G. Ballet).

Les troubles de l'exercice des fonctions génésiques peuvent être d'origine psychique (perversions sexuelles), ou dépendre de désordres variés du système nerveux ou de lésions locales (priapisme, impuissance, spermatorrhée, phimosis, vaginisme, etc.

C. — Fonctions digestives.

De toutes les fonctions organiques, dit à juste titre Cullerre, la digestion est celle qui présente dans la folie les perturbations les plus remarquables.

Nous ajouterons qu'à l'heure actuelle leur étude est devenue plus impor-

tante que jamais en raison même du rôle attribué aux auto-intoxications sur le développement des troubles mentaux (Régis et Chevalier-Lavaure, Jacobson, Hamilton, Thompson, Obersteiner, Wagner, Brower, Huard, Clarke, Massaro, Angelillo).

En dehors même de cette question pathogénique, il est bon nombre de syndromes psychopathiques (délires hypocondriaques, délires de persécution, troubles cénesthétiques divers), qui se relient intimement à des troubles de l'appareil digestif.

L'appréciation des données qu'on pourra recueillir à ce sujet n'est pas sans présenter quelques difficultés. Il n'est pas toujours facile de préciser la nature des rapports qui existent entre les troubles digestifs et les troubles mentaux. En effet, au bout d'un certain temps il s'établit entre eux un cercle vicieux dont il est difficile de sortir sans erreur. Il faut aussi une analyse très attentive pour distinguer dans tel ou tel symptôme la part qui revient en propre aux troubles digestifs ou aux troubles mentaux. Par exemple, la constipation, si fréquente chez les aliénés, ne se rattache pas toujours et uniquement à une perturbation des fonctions intestinales, mais peut fréquemment reconnaître aussi une origine psychique (idées délirantes, aboulie, opposition systématique).

Nous ne parlerons pas ici de tous les troubles ou lésions diverses du système digestif communs aux aliénés tout aussi bien qu'aux individus sains d'esprit. Nous signalerons seulement ceux que l'on rencontre d'ordinaire en connexité plus ou moins directe avec les symptômes psychopathiques.

Les affections dans lesquelles on rencontre le plus fréquemment un état pathologique des organes digestifs sont : la neurasthénie, l'hypocondrie, l'hystérie, l'épilepsie, la mélancolie, la confusion mentale, les délires infectieux et toxiques, la démence paralytique. Les désordres notés le plus souvent sont : l'état saburral de la langue, la fétidité de l'haleine, le catarrhe gastrique aigu ou chronique, la dilatation de l'estomac, l'atonie gastro-intestinale, la gastro-entéroptose, l'hépatoptose, la colite muco-membraneuse.

Parmi les troubles fonctionnels de la digestion nous citerons d'abord les modifications de l'appétit souvent exagéré chez les maniaques, les paralytiques généraux ; la voracité, la boulimie des déments et des idiots ; la préférence, la répugnance ou l'intolérance pour certains aliments ou certaines boissons ; la recherche et l'ingestion de substances diverses non alimentaires (idiotie, démence, hystérie). D'autres fois on observe de l'inappétence, de l'anorexie simple ou bien le refus plus ou moins absolu d'aliments, la *sitiergie* ou *sitiophobie*.

Les causes de la sitiophobie peuvent être psychiques ou physiques. Les causes physiques, consistant dans un état pathologique des voies digestives, agissent rarement seules. Tantôt elles commencent simplement par provoquer de l'inappétence, de l'anorexie simple, qui par l'adjonction ultérieure de troubles psychiques (aboulie, obsessions, idées délirantes), se transforme en sitiophobie véritable. D'autres fois, au contraire, les troubles digestifs ne se développent que secondairement au refus d'aliments et ne font que

s'adjoindre, pour l'entretenir, aux causes psychiques qui l'ont déterminé.

Les causes psychiques sont variables de nature et l'on peut rencontrer parmi elles un état d'aboulie profonde, de confusion mentale (stupidité, délire aigu); l'affaiblissement des facultés (démences, paralysie générale); des idées fixes plus ou moins conscientes (hystérie); de véritables obsessions (neurasthénie); des hallucinations (délires hallucinatoires, délires systématisés mystiques et de persécution); des idées délirantes diverses, de ruine, de culpabilité, d'expiation, de suicide (mélancolie); d'empoisonnement (délire des persécutions); de destruction, de transformation des organes (délire de négation); d'immortalité (paralytiques généraux, négateurs systématiques), le négativisme et l'opposition systématique (démences précoces, catatonie), etc...

On a signalé comme cause particulière aux paralytiques à la dernière période, une parésie presque complète des muscles de la face et de la langue à laquelle s'ajoute même quelquefois un tremblement très prononcé.

Le refus d'aliments peut être tantôt généralisé, tantôt partiel, limité à certains aliments spéciaux. Ce dernier cas est notamment celui des persécutés à idées d'empoisonnement.

La sitiophobie n'est quelquefois qu'apparente; les malades qui refusent les aliments en prennent d'autres en cachette et nient ensuite avoir mangé quoi que ce soit (négateurs, hystériques).

Parmi les troubles de la déglutition nous signalerons simplement l'œsophagisme (hystérie, épilepsie, neurasthénie, mélancolie, hypocondrie), et l'aérophagie ou déglutition d'air atmosphérique. Ce dernier syndrome, habituellement rapporté à l'hystérie, peut cependant se rencontrer en d'autres circonstances. Nous en avons nous-même recueilli et publié récemment plusieurs exemples dans les obsessions, l'hypocondrie, le délire des persécutions, la paralysie générale au début. Nous avons fait remarquer aussi, au point de vue de l'interprétation de ce phénomène, que dans tous ces cas, il comportait à la fois un côté physique et un côté mental; qu'il se développait toujours sur un état mental particulier, qu'on pouvait même souvent retrouver à son origine un phénomène psychique déterminé.

En ce qui regarde la digestion gastro-intestinale, nous mentionnerons d'abord le mérycisme ou rumination chez l'homme (Bourneville et Séglas, Cantarano, Nœcke, Louët...), que l'on observe surtout chez les idiots, les déments, quelquefois chez les neurasthéniques, les délirants systématiques; puis les vomissements avec leurs caractères spéciaux dans l'hystérie, la migraine, l'alcoolisme, les tumeurs cérébrales, les processus méningitiques; la constipation dont la fréquence chez les aliénés a été de tout temps reconnue. Depuis quelques années l'importance de la coprostase a de nouveau attiré l'attention des auteurs (Pierret, Feyat, Ewald, Jacobson, Séglas, Solder, Galante) sous l'influence des théories sur les into-intoxications. Des observations recueillies il résulte que les produits toxiques absorbés à la suite de la rétention des matières fécales sont la cause fréquente de phénomènes nerveux chez les constipés. Dans un grand nombre de cas, la constipation contribue au moins à entretenir les troubles mentaux; l'état mental et la constipation

ont souvent une marche parallèle. Il est même des cas où la constipation peut, à elle seule ou avec le concours d'une prédisposition héréditaire, créer de toutes pièces des troubles mentaux dont la physionomie rappelle celle des délires infectieux ou toxiques. Dans tous les cas, le traitement de la constipation améliore l'état nerveux ou mental, alors que les médicaments réputés actifs vis-à-vis du système nerveux, restent impuissants.

En face de la constipation se place naturellement la diarrhée; et à ce propos nous ne signalerons qu'une sorte de diarrhée particulière dite vaso-paralytique, à laquelle on attribue une origine nerveuse et que l'on rencontre au cours de certains états vésaniques (mélancolies graves, paralysie générale). Cette diarrhée, séreuse, analogue à celle produite par de fortes émotions, est en général rebelle à tout traitement et amène rapidement les malades, qui d'ailleurs s'alimentent fort mal, à un état de cachexie véritable.

Gâtisme. — On peut appliquer ce terme à l'incontinence ano-vésicale, ou seulement anale, ou seulement vésicale, pourvu que dans ce dernier cas, l'incontinence anale puisse s'ajouter occasionnellement par les mêmes processus (Manheimer).

A côté des gâteux simples, il convient de placer certains malades qui se couvrent de leurs excréments par maladresse ou volontairement. Ce sont les aliénés dits barbouilleurs et qui doivent être distingués des gâteux (Magnan, Linderborn).

Nombre d'auteurs, Morel, Dagonet, Ritti, Schuele, Linderborn,... ont étudié le gâtisme au point de vue de la psychologie et de la séméiologie clinique. Dans une thèse récente, M. Manheimer a fait un exposé critique très soigné de ces différents travaux et a présenté lui-même une étude du gâtisme, la plus complète à notre connaissance. En voici les points principaux.

L'évacuation des réservoirs est un acte à la fois organique et psychique, et les anomalies qui peuvent l'atteindre sont de causes extrêmement variables. C'est ainsi que le gâtisme, suivant les circonstances, se manifestera soit comme un acte purement réflexe, soit comme un acte instinctif, impulsif, automatique ou volontaire. Au point de vue séméiologique, on peut avec M. Manheimer, étudier le gâtisme successivement dans les états d'inconscience, les états démentiels, les états délirants.

Dans les états d'insconscience, comas divers, sommeil hystérique, stupeur profonde, le gâtisme ne se manifeste guère que comme un acte réflexe.

Dans la paralysie générale, les causes du gâtisme sont plus complexes. Si l'on peut, dans les périodes avancées, le rattacher à une paralysie des sphincters, dans les périodes initiales, sans éliminer cependant cette première cause, il faut surtout accuser l'ensemble des troubles démentiels, les troubles de l'attention, de la réflexion, de la volonté, du caractère, des instincts, ou quelques troubles passagers plus spéciaux (confusion, anxiété).

Chez le dément sénile, c'est surtout dans la déchéance intellectuelle et morale qu'il faut chercher l'origine du gâtisme. Toutefois il importe de tenir compte de l'affaiblissement organique, des ictus plus ou moins transitoires,

des accidents gastro-intestinaux. Des états démenticls on peut rapprocher ceux de confusion mentale dans lesquels le gâtisme dépend des troubles fondamentaux de l'attention, de la volonté, de la perception aussi bien interne qu'extérieure. Dans les formes stupides où la torpeur intellectuelle est absolue, la conscience annihilée, l'épuisement physique souvent considérable, on peut attribuer au gâtisme la même pathogénie que dans les états d'inconscience.

Dans la manie, le gâtisme est attribué quelquefois à un état d'anesthésie ou d'hyperesthésie viscérale. Le plus fréquemment, il résulte de troubles psychiques, de l'accélération des idées déterminant le gâtisme par une sorte de distraction ; ou bien, le complexus des représentations qui amènent le gâtisme a absorbé tout fait psychique possible en toute autre circonstance, ne laissant plus place à aucune contradiction ; ou bien encore, le malade est incapable de toute réaction en ce sens (Linderborn).

Dans les états vésaniques proprement dits le gâtisme peut être en relation avec des hallucinations impératives, avec des idées délirantes diverses : idées hypocondriaques, idées d'énormité, idées de négation. Il est à remarquer que dans ce dernier cas, surtout lorsqu'elles se rattachent à la mélancolie, les idées de négation hypocondriaques ne font que traduire des troubles de la cénesthésie, des sensations internes, le plus souvent sous la forme anesthésique. Par suite, le besoin de la défécation peut n'être plus ressenti par le malade qui se refuse à la défécation, d'autant plus que souvent il est atteint en même temps de folie d'opposition. Mais la miction et la défécation s'accomplissent d'elles-mêmes, d'une façon purement réflexe, et le malade devient gâteux presque malgré lui.

Ajoutons que dans la mélancolie à laquelle ces cas se rattachent le plus souvent, l'aboulie joue un rôle ; le moindre effort est pénible, fût-ce celui d'être propre.

Il est d'autres vésaniques chez lesquels le gâtisme est volontaire, réfléchi, comme chez le persécuté qui voit là un moyen de combattre ses persécuteurs ou de déjouer leurs ruses.

Chez les dégénérés, le gâtisme peut être dû à l'anomalie de développement intellectuel ou à des tares morales (perversité, paresse, prédilection morbide pour les choses répugnantes) ; à l'imitation, à l'opposition ou à des troubles moteurs de caractère impulsif.

Au point de vue du pronostic, le gâtisme est plus particulièrement à considérer dans les vésanies. Si, dans les états à grand fracas, il ne représente qu'un épisode sans importance, en revanche, dans les formes chroniques ou à pronostic bénin, quand il traduit le manque de dégoût, la perversion des sentiments les plus élémentaires, quelque épisodique qu'il soit alors, il annonce l'incurabilité et souligne la ruine psychique (Manheimer).

Salive; suc gastrique; bile. — A l'étude des troubles des fonctions digestives se rattache celle de la sécrétion salivaire, du suc gastrique, de la bile.

L'altération la plus fréquente de la sécrétion salivaire chez les aliénés est le ptyalisme, la sialorrhée (Esquirol, Fodéré, Berthier, Stark, Mabille). Reinhard classe en trois groupes les malades chez lesquels on l'observe. Le premier est composé des idiots, des imbéciles, des déments, des paralytiques généraux. Dans ces cas, la sialorrhée serait due, pour certains auteurs, à une paralysie vaso-motrice, pour d'autres à une lésion du bulbe. La salive, fluide, aqueuse, coule continuellement hors de la bouche des malades sur le menton, la poitrine, et produit ainsi à la longue des ulcérations de la peau. Le second groupe comprend les délirants systématiques et les mélancoliques avec idées d'empoisonnement et sitiophobie. La sialorrhée serait alors le résultat d'un réflexe conscient par crainte du poison et serait ainsi d'origine psychique. La salive est aqueuse, abondante. Le dernier groupe comprend les aliénés qui présentent des phénomènes d'excitation du grand sympathique, et presque toujours en même temps des symptômes d'excitation sexuelle. La salive est alors blanchâtre, visqueuse, épaisse. On observe aussi un ptyalisme analogue dans les états maniaques, dans les périodes d'agitation des mélancoliques, des stupides, chez certains hystériques.

D'après Cristiani, la salive des aliénés sialorrhéiques a une densité plus grande que la salive normale, est moins fluide, plus visqueuse, a une réaction neutre, contient une moins grande quantité de sulfocyanure de potassium et a un pouvoir amylolithique plus accentué. C'est une salive mixte provenant indistinctement de toutes les glandes salivaires. Elle a tous les caractères de la salive dite sympathique et proviendrait d'ailleurs, d'après Tamburini, d'une irritation de l'écorce se transmettant par l'intermédiaire du grand sympathique et provoquant la suractivité fonctionnelle de toutes les glandes salivaires indistinctement.

On a souvent signalé (Von Norden, Pachoud, Plaereck, Ruata, Dotto, Galaute...) des altérations du chimisme gastrique chez les mélancoliques ou les délirants systématiques sitiophobes, chez les alcooliques, les hypocondriaques, les épileptiques, les hystériques. Les recherches les plus complètes dans cet ordre d'idées sont celles de Leubuscher et Ziehen. En voici les résultats sommaires :

Mélancolie. Résultats contradictoires. Acidité normale, hyperchlorhydrie, hypochlorhydrie. — *Manie.* Dans la plupart des cas, légère augmentation de l'acidité. — *Délire systématisé aigu.* Acidité normale. — *Paralysie générale.* Résultats contradictoires suivant les sujets et même résultats différents chez le même individu suivant les moments. Chez la plupart, variations dans la quantité d'acide chlorhydrique en rapport avec les aggravations et les rémissions. Hypochlorhydrie définitive dans la troisième période ainsi que pendant les attaques. — *Psychoses alcooliques chroniques.* Quantité normale de HCl. — *Morphinisme chronique.* Hypochlorhydrie. — *Folie épileptique.* Acidité normale. — *Neurasthénie.* Hypochlorhydrie en général. — *Catatonie, stupeur.* Hyperchlorhydrie.

On a signalé une hypertoxicité du suc gastrique dans certains cas ; mélancolie anxieuse et sitiophobie (Masetti), folie pellagreuse (Dalzini), épilepsie

(Agostini)... Le pouvoir excito-moteur de l'estomac a été trouvé normal dans les arrêts de développement et les démences, augmenté de beaucoup dans les états maniaques, un peu dans la mélancolie anxieuse (Dotto).

La conception antique des rapports de la bile avec la mélancolie est aujourd'hui abandonnée en clinique. Mais de nouvelles recherches, en particulier celles de Klippel, nous ont montré l'importance de l'insuffisance hépatique dans la folie, décelée par l'épreuve de la glycosurie expérimentale, la présence de certaines matières colorantes dans l'urine, la diminution de l'urée, l'augmentation de l'acide urique, l'état des matières fécales, et surtout l'urobilinurie. Klippel a pu voir que les variations d'urobiline correspondaient à des variations parallèles du délire et que les décharges d'urobiline coïncidaient avec des modifications de l'état mental.

D. — Appareil urinaire.

La quantité des urines est très variable. La polyurie est très fréquente chez les déséquilibrés, les neurasthéniques, ou dans les états d'exaltation maniaque. — L'olygurie accompagne presque de règle la mélancolie. Ces différents symptômes ainsi que l'anurie transitoire peuvent se rencontrer chez les aliénés hystériques.

Le poids spécifique est sujet à des variations nombreuses, mais ne semble pas fournir de renseignements bien précis.

En général, les auteurs (Mendel, Rabow, Krafft-Ebing, Morselli, Cristiani) se bornent à dire que dans telle ou telle forme de maladie mentale, le poids spécifique de l'urine augmente ou diminue. Encore ne sont-ils pas toujours d'accord entre eux.

D'autres, au contraire (Lombroso, Stefani), envisagent le poids spécifique non seulement dans les diverses formes de l'aliénation, mais aux différentes périodes de l'évolution. Il semblerait résulter de ces recherches que le poids spécifique augmente au début des psychopathies, diminue dans la convalescence ou les rémissions et remonte dans les paroxysmes. Dans les cas à évolution chronique, après s'être élevé au début, il diminue petit à petit.

Les altérations de la composition chimique de l'urine sont aussi des plus variées.

En ce qui concerne les éléments normaux de l'urine, M. Mairet, reprenant les analyses de Bence Jones, Sutherland, Beale, Lombroso, Diller, Mendel, Wood, cherche à établir que dans les formes maniaques, il y a augmentation de l'azote et de l'acide phosphorique uni aux alcalis, intimement liée à l'élément agitation, tandis que l'augmentation de l'acide phosphorique uni aux terres ne se lie pas exclusivement à l'agitation, mais aux troubles cérébraux proprement dits.

Dans les formes dépressives, le chiffre de l'azote rendu par vingt-quatre heures est diminué ; le chiffre de l'acide phosphorique total est faiblement diminué. Les rapports entre l'acide phosphorique et l'azote sont normaux ;

le rapport entre l'acide phosphorique uni aux terres et l'acide phosphorique uni aux alcalis est considérablement augmenté.

Dans l'idiotie, la démence, le chiffre d'élimination de l'azote, de l'acide phosphorique est diminué.

Ces résultats concordent sensiblement avec ceux trouvés par d'autres auteurs (Cristiani, Agostini, Mabille et Lallemant). D'après ces derniers, les résultats sont plus tranchés lorsqu'on s'adresse aux aliénés arthritiques ou descendants d'arthritiques. — « Leurs urines sont denses, hypoazoturie et hypophosphaturie. Le chiffre de l'acide urique éliminé est tantôt normal, tantôt, au contraire, très élevé ; il semble que l'organisme procède par décharges. Les périodes de décharges d'acide urique précédent et annoncent en général le retour à la raison.

Marzocchi, étudiant l'excrétion de l'acide urique dans les formes de dépression mentale, arrive à des conclusions analogues.

Le Dr Johnson Smyth a trouvé de son côté que la quantité d'urine excrétée est supérieure à la normale dans la paralysie générale et dans l'épilepsie, supérieure dans la mélancolie et la démence secondaire ; que le total des solides est surtout augmenté dans la paralysie générale ; que le chiffre de l'urée est légèrement en excès dans les psychoses, excepté dans la démence ; que l'acide urique est notablement au-dessus de la moyenne physiologique dans la paralysie générale, l'épilepsie et la démence ; que la créatinine est également plus considérable dans la paralysie générale et la démence ; qu'il semble y avoir un léger excès d'acide phosphorique dans l'épilepsie, ce principe différant très peu de la normale dans les autres affections mentales.

Certains auteurs (Lailler, Klippel, Serveaux, Stefani, etc) ont étudié aussi l'urine des malades atteints d'une affection spéciale, telle que la paralysie générale, la folie circulaire. Nous n'insistons pas sur ces recherches qui auront leur place au chapitre spécial consacré à ces formes vésaniques.

Parmi les principes chimiques de caractère pathologique, ceux qu'il convient de rechercher le plus attentivement sont l'albumine et le sucre.

En effet, l'albuminurie est fréquente, surtout dans les délires transitoires, les confusions mentales, le délire aigu, la folie puerpérale, les psychoses épileptiques, à la suite des accès comitiaux, chez les déments paralytiques. Dans d'autres cas, chez certains déments, elle indique des processus rénaux chroniques, plus ou moins latents (Mabille, Turner, Campbell Clark, Koppen, Bennett, Dieulafoy, Raymond, Gadziatchi).

Les auteurs semblent d'accord pour admettre que la glycosurie ne se rencontre que dans la paralysie générale, les démences, l'épilepsie. Dans les autres formes d'aliénation, à part les délires des diabétiques, elle n'a aucune importance et est d'origine alimentaire (Gadziatchi, Siegmund, Morselli, Legrand du Saulle).

On a encore trouvé d'autres éléments morbides dans l'urine des aliénés.

Marro dit avoir constamment rencontré la peptonurie chez les déments paralytiques.

Adler a signalé l'oxalurie.

Laehr, Rivano, Marro, Wagner ont trouvé de l'acétone en grande quantité dans le délire aigu avec hallucinations terrifiantes. De Boeck, Slosse, Lallier n'admettent pas que l'acétonurie soit une cause d'intoxication dans la folie, parce qu'on trouve de l'acétone dans l'urine de tous les aliénés sans que cette acétonurie ait une signification pathologique et soit en rapport avec l'état mental des malades. La seule indication serait son augmentation chez les sitiophobes, indiquant la nécessité de l'alimentation artificielle.

Vassale et Chiozzi ont constaté la présence de cylindres hyalins dans l'urine des aliénés, spécialement dans les périodes d'excitation où elle serait pour ainsi dire la règle.

On peut émettre à ce propos les mêmes considérations que pour l'albumine sur les rapports avec la psychose. On peut y voir un rapport de cause à effet avec la lésion des centres nerveux, ou de simple concomitance, le même agent toxique, cause de la psychose, provoquant dans le sang les altérations qui déterminent la présence des cylindres ou de l'albumine dans l'urine. Enfin, ces signes peuvent se rattacher à une lésion rénale. Il est à relever que l'albuminurie intermittente et la présence très fréquente de cylindres hyalins peuvent s'observer chez les aliénés, sans qu'on puisse penser à une néphrite. Ces deux symptômes, qui pour la clinique générale ont une grande valeur à cet égard, perdent toute leur importance pour l'aliéniste qui doit s'aider d'autres symptômes pour arriver à formuler son diagnostic (Vassale et Chiozzi.)

Rappelons enfin la présence de l'indican (Pellegrini, Clarke, Hund); de l'urobiline (Klippel), dans l'urine de certains aliénés.

On a pu également isoler des ptomaïnes dans l'urine d'aliénés à délire apyrétique (Pouchet, G. Ballet, Séglas).

Ces dernières remarques nous amènent à parler de la toxicité urinaire.

Cette question n'est autre que celle des auto-intoxications dans la folie, en raison même de l'importance attribuée par les auteurs comme procédé capital de démonstration à l'expérimentation de la toxicité urinaire.

Dans un mémoire présenté au Congrès de la Rochelle, j'ai tenté de montrer toutes les incertidudes de ces recherches expérimentales et des résultats obtenus chez les aliénés.

Sans reproduire ici les arguments de critique que j'avais exposés, je me bornerai à citer une page d'un mémoire plus récent de Régis, parce qu'elle me paraît exposer la question dans toute sa vérité.

« Séduisante d'allures et pleine de promesses scientifiques immédiates, l'expérimentation attira d'abord et fut en vogue ; mais exposée à des variations et à des erreurs nombreuses, elle ne donna, malgré des tentatives louables, que des résultats sans grande portée.

Est-ce à dire pour cela que l'étude de la toxicité des humeurs, chez les aliénés, n'ait rien produit et qu'il faille complètement l'abandonner ? Nous ne le pensons pas. Certes, des notions nouvelles fournies jusqu'ici par cette etude, il ne reste pas grand'chose d'absolument certain.... Perfectionnée et dégagée de certaines causes d'erreur, elle peut rendre de réels services, mais

à la condition de n'être employée qu'à bon escient, de façon suivie, avec toute la rigueur désirable et simplement comme corollaire ou complément de l'observation clinique.

Quant à l'analyse chimique, à laquelle on semble davantage revenir, elle a déjà fourni des indications précieuses et elle paraît susceptible d'en fournir de plus précieuses encore. Sans parler des ptomaïnes dont la recherche est des plus difficiles, il est certain, en effet, que dans une psychose paraissant due à une auto-intoxication, la présence d'éléments anormaux dans l'urine constitue une sorte de confirmation. Il y a plus, et nous croyons qu'à chacune des grandes formes d'auto-intoxication correspond pour ainsi dire un chimisme particulier, décelable par l'analyse. Ainsi l'auto-intoxication gastro-intestinale se traduit plus spécialement par des quantités plus ou moins considérables d'indican, d'acétone, d'acide diacétique et dioxibutirique, de tyrosine, de sulfo-conjugués dans l'urine. L'auto-intoxication hépatique se manifeste par l'hémaphéisme, l'urobilinurie, l'épreuve positive de la glycosurie expérimentale, l'albuminurie. L'auto-intoxication rénale enfin, par la diminution de la quantité d'urine, la présence de cylindres et de tubes, l'albuminurie, l'hémoglobinurie, etc. Ce sont là, pour ainsi dire, autant de formules différentes et spécifiques d'auto-intoxication. L'analyse chimique non seulement nous renseigne donc sur la réalité d'un état d'auto-intoxication dans les psychoses, mais encore elle nous révèle, dans bien des cas, la nature de l'auto-intoxication dont il s'agit.

En fait, c'est encore la clinique qui constitue ici l'élément d'étude le plus important et le plus fructueux. C'est certainement une des particularités les plus intéressantes et les plus piquantes de l'histoire des auto-intoxications dans les maladies mentales, que la concordance absolue de toutes les données fournies par l'observation en face de la variabilité des résultats des méthodes expérimentales. »

E. — Sang et circulation.

Les recherches hématoscopiques entreprises chez les aliénés ont porté principalement sur la valeur du sang en hémoglobine et sur le nombre et la proportion des éléments morphologiques, notamment les globules rouges (Witorf, Erlenmeyer, de Sainte-Foy, Michéa, Lindsay, Boureau, Berthier, Brunet, Sutherland, Gallopain, Raggi, Rutherford, Macphail, Seppili, Johnson Smyth, Brancaleone, Winckler, Krypiakiéwicz, Withmore Steele, etc.).

En général il y aurait chez les aliénés diminution de l'hémoglobine et du nombre des globules rouges du sang, soit au début, soit dans le cours des accès (mélancoliques, stupides, déments), surtout dans les formes dépressives et chez les femmes.

Il est à remarquer à ce propos que ces altérations sanguines n'ont qu'un rapport indirect avec la maladie mentale, et dépendent des conditions générales de dénutrition, d'intoxication, d'infection, de diathèse, de misère phy-

siologique constituant le substratum sur lequel les troubles psychiques se sont développés et maintenus. Aussi n'est-il pas étonnant de les voir prédominer chez les aliénés anorexiques ou sitiophobes, les mélancoliques déprimés, les agités avec insomnie, les stupides, les déments apathiques (Morselli).

Agostini, étudiant la résistance des globules rouges ou isotonie, a trouvé que chez les aliénés le pouvoir isotonique du sang est en général inférieur à la normale ; notamment dans la folie pellagreuse, puis dans les états mélancoliques dépressifs, surtout accompagnés d'agitation, dans l'idiotie, la neurasthénie, les délires post-épileptiques, les démences hémiplégiques ; à un degré moindre, dans les états d'excitation maniaque, la folie paralytique. Les imbéciles, les épileptiques, les hystériques, les paranoiaques, les déments séniles, resteraient à cet égard dans la moyenne physiologique. Dans les formes curables, le retour à la moyenne physiologique pourrait servir d'élément de pronostic.

Comme pour l'urine, mais moins nombreuses, des recherches ont été entreprises sur la toxicité du sang chez les aliénés (Régis et Chevalier-Lavaure, Séglas, Legrain, d'Abundo, Mairet et Vires, Cololian, Ceni). Elles sont d'ailleurs passibles des mêmes critiques générales que celles de la toxicité urinaire. Nous dirons cependant que du travail, le plus étendu sur la question, de d'Abundo, il semblerait résulter que la toxicité du sang serait surtout augmentée dans les états d'excitation ; diminuée dans ceux de dépression, quelle que soit d'ailleurs la forme vésanique en observation.

Il résulterait des recherches du même auteur que le pouvoir bactéricide du sang est, d'une façon générale, augmenté dans les maladies mentales, sauf dans les formes psychopathiques dépressives dans lesquelles ce pouvoir se montre diminué. On doit remarquer que c'est dans les cas où la toxicité du sang est le plus élevée que le pouvoir bactéricide est également accru. Cela viendrait appuyer relativement l'idée de ceux qui admettent que les aliénés sont moins susceptibles à contracter des maladies infectieuses. D'autre part, la diminution de la toxicité et du pouvoir bactéricide dans les formes dépressives pourrait expliquer les complications par auto-infection ou auto-intoxication qui se produisent quelquefois au cours de ces psychoses.

L'auteur pose à ce propos la question de savoir si c'est la maladie mentale qui produit un trouble dans les échanges organiques, tel qu'il en résulte un déversement de produits toxiques en plus ou moins grande quantité dans le courant sanguin, ou bien si la psychose est la résultante naturelle d'un trouble avéré survenu dans les échanges par suite de la maladie de quelque viscère par infection ou influence d'agents toxiques généraux, question d'autant plus difficile à résoudre qu'il s'établit souvent un cercle vicieux.

Dans le même ordre d'idées, nous rappellerons les recherches de Lui, Charon et Briche, Lambranzi, sur l'alcalinité du sang, inférieure à la normale chez les déments paralytiques et chez les épileptiques au moment des accès.

Au point de vue bactériologique, d'Abundo, Piccinino, Grimaldi ont trouvé dans le sang des paralytiques généraux des micro-organismes qu'ils ont regardé comme de provenance vésicale ou intestinale.

Certains auteurs, Briand, Bezzonico, Bucholz, Bianchi et Piccinino, Rasori, Potts, Martinotti, Cabitto, Ceni, Ferrari, Cappelletti, Kazowschy, Alessi, Armanni, ont entrepris des recherches sur l'étude bactériologique du sang dans le délire aigu. Bianchi et Piccinino ont décrit dans une forme de délire sensoriel aigu un bacille spécifique. Mais la plupart du temps on n'a trouvé que des micro-organisme communs, dont la signification étiologique est très contestée. D'après les précédents auteurs, ces micro-organismes provoqueraient directement le délire aigu, en s'attaquant au côté de l'organisme le plus vulnérable en raison de l'hérédité, du mauvais état de la nutrition des malades; opinion difficilement soutenable, d'après Ceni et Ferrari, qui les ont trouvés dans des formes psychopatiques autres que le délire aigu. Pour d'autres (Cappelletti), ils ne pénétreraient dans le sang qu'à la période agonique et n'auraient ainsi aucune signification. Pour d'autres enfin (Ceni) ils constituent seulement une auto-infection secondaire, sans valeur étiologique primitive, mais venant aggraver, à titre de complication, la maladie en cours d'évolution.

Les affections du cœur ont un rapport assez étroit avec l'aliénation, moindre toutefois qu'on se le figure généralement. Si les cardiopathies peuvent figurer parmi les causes étiologiques, il y aurait en revanche nombre de cas où elles se montrent comme conséquence des états d'aliénation (Salemi-Pace). Beaucoup d'aliénés présentent tous les symptômes d'une artério-sclérose précoce ; d'autres ont souffert de processus infectieux, de maladies constitutionnelles, origine d'endo-myocardites. Les troubles fonctionnels, palpitations, etc., sont fréquemment observés.

Le pouls (Jacobi, Leuret et Mitivié, Wolf, Claus, Morselli, Dumas) ne présente pas d'altérations réellement caractéristiques, mais varie suivant l'état général. Les altérations de fréquence, de hauteur, etc., doivent être soigneusement rapportées à leur vraie cause qui n'est pas forcément l'état psychique, mais réside souvent dans des troubles de l'appareil circulatoire.

Dans les formes chroniques, le pouls est le plus souvent normal, sauf chez les hallucinés et durant les paroxysmes d'agitation. Il est d'ordinaire fréquent et élevé chez les maniaques, plus encore dans les paroxysmes d'angoisse, dans la mélancolie anxieuse. Il est plutôt ralenti, filiforme dans la stupeur, la démence apathique, la mélancolie dépressive. A certaines périodes de la paralysie générale, dans l'épilepsie, on peut même observer un retard extrême des pulsations, un pouls lent permanent. Les variations rapides de la tension artérielle, le dicrotisme, le polycrotisme du pouls ne sont pas rares chez les aliénés.

F. — **Respiration.**

Certains auteurs, Marcé, Leuret et Mitivié, Jacobi ont étudié les rapports comparatifs entre les mouvements respiratoires et les battements cardiaques. Marcé a insisté surtout sur ce fait que dans la mélancolie le rapport, au lieu d'être de 1 à 4, est de 1 à 6. Zenker, Mickle ont noté la respiration de Cheyne-

Stokes chez des déments et des paralytiques généraux. Il est un fait certain, c'est que dans les maladies mentales, indépendamment de tout autre facteur, on trouve souvent des altérations variées des mouvements respiratoires.

Klippel et Bœteau ont décrit un type respiratoire caractéristique des maniaques et des mélancoliques. Pachou, Rossi, pensent au contraire que les troubles respiratoires ne peuvent caractériser une forme nosologique, mais doivent être rapportés à deux symptômes fondamentaux, l'excitation et la dépression, et se résument dans une hyper ou une hypoactivité de la fonction respiratoire suivant la prédominance de l'un ou l'autre de ces deux symptômes.

Dans les états anxieux, les mouvements respiratoires présentent des modifications particulières et diminuent de fréquence, de durée, de profondeur. En même temps, on note un véritable tremblement émotif des muscles respiratoires à ondulations fines, très rapprochées et plus accentuées dans la phase d'inspiration (Musso, Rossi).

Klippel et Bœteau ont signalé chez les paralytiques trois types respiratoires, les anomalies motrices des mouvements respiratoires allant de pair avec celles des mouvements des membres. Rossi a signalé chez ces mêmes malades, du commencement à la fin de la maladie, un tremblement caractéristique du tracé respiratoire.

G. — Température.

Les recherches thermométriques n'ont qu'une application très limitée au diagnostic psychiatrique, sinon dans les formes toxiques et infectieuses.

Il peut y avoir hyperthermie quelquefois très accentuée dans les états de confusion avec phénomènes pseudo-méningitiques ou typhoïdes, les délires aigus, l'état de mal épileptique. Souvent on observe des poussées hyperthermiques chez les paralytiques généraux, les excités maniaques.

L'hypothermie s'observe quelquefois chez les mélancoliques stupides, les sitiophobes, les déments apathiques, la paralysie générale, les délires de collapsus.

Au point de vue des températures locales, on a parfois noté une différence de température entre les deux côtés du corps dans la manie, la mélancolie avec stupeur, la paralysie générale.

Les recherches sur la température cranio-cérébrale n'ont donné que des résultats très douteux et qu'on ne doit accepter que sous toutes réserves. La température cranienne aurait été trouvée augmentée dans les formes exaltées ; abaissée dans les formes dépressives. On aurait même noté des différences entre les deux côtés de la tête.

H. — Sommeil.

Les troubles du sommeil sont un des symptômes constants des états initiaux et des formes aiguës de l'aliénation mentale.

Beaucoup d'aliénés se plaignent de ne pas dormir, qui en réalité dorment fort bien, et l'inverse aussi se rencontre ; aussi importe-t-il d'observer directement les malades pendant leur sommeil.

L'insomnie peut être absolue et reconnaître des causes diverses, troubles circulatoires, action de substances toxiques, épuisement, excitabilité, phénomènes sensitifs périphériques.

Au point de vue de ses rapports avec les troubles psychiques, elle résulte souvent de l'excitation intellectuelle, de mentisme, d'idées fixes, d'aboulie ou d'illusions et d'hallucinations hypnagogiques qui, survenant dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, empêchent ce dernier de se produire complètement. Parfois elle est volontaire et reliée à des idées délirantes variées (hypochondrie, persécution, négation, grandeur, opposition, etc.). Le retour du sommeil constitue en général un symptôme d'un pronostic favorable.

Les convalescents dorment en général beaucoup, comme certains malades, imbéciles, séniles et déments. Il en est même qui sont plongés dans un état de somnolence continuel, de narcolepsie (délires infectieux, confusion mentale, folie diabétique, myxœdème). Nous ne citerons que pour mémoire les attaques de sommeil des hystériques et le somnambulisme spontané.

Depuis bien longtemps les aliénistes (de Boismont, Baillarger, Moreau de Tours, Maury, Lasègue), se sont attachés à étudier la période intermédiaire à la veille et au sommeil, dite période hypnagogique, et à démontrer l'identité du rêve et de la folie.

Cette étude des rêves de l'aliéné est en effet des plus importantes (Sante de Sanctis), et c'est avec quelque raison que l'on a pu dire « que le rêve morbide est le délire du malade endormi » (Artigues).

Dans bien des circonstances en effet (hystérie, épilepsie, délires toxiques), les rêves sont en quelque sorte spécifiques, non seulement par leur présence, mais encore par leurs caractères particuliers.

Ces rêves sont souvent aussi le point de départ de phénomènes morbides divers, apparaissant pendant la veille et qui ne font que les continuer (attaques convulsives, paralysies, délires, obsessions, paramnésies).

Certains états délirants même, non seulement reconnaissent une telle origine, mais encore gardent pendant tout leur cours des caractères particuliers qui les font ressembler à un rêve prolongé et extériorisé (délires oniriques).

III. — SYMPTOMES PSYCHIQUES

Lorsque l'on étudie la symptomatologie générale, on a l'habitude, dans la plupart des traités de psychiatrie, de classer les symptômes psychiques en trois groupes, en rapport avec la sensibilité morale, l'intelligence, la volonté.

Pour consacrée qu'elle soit par la tradition, cette division nous paraît purement théorique et ne reposer que sur des abstractions métaphysiques.

Une division beaucoup plus rationnelle et beaucoup plus conforme aux données de la psychologie moderne en même temps que de l'observation

clinique, est celle qui a été introduite par Morselli, suivie ensuite par Agostini, et que nous croyons devoir adopter à notre tour, au moins dans ses grandes lignes.

C'est ainsi que dans une première partie nous étudierons d'abord les manifestations cliniques extérieures des troubles psychopathiques, notamment dans le langage, la conduite et les actes. Puis, dans une seconde partie, nous essayerons d'aborder la description, en tant que phénomènes subjectifs, des principaux symptômes psychiques de l'aliénation mentale.

I. — TROUBLES DU LANGAGE

Envisagée dans son ensemble, la question des troubles du langage chez l'aliéné est fort étendue et très complexe. Aussi importe-t-il pour cette étude d'établir des divisions.

Tout d'abord, rappelons-nous que la parole articulée n'est pas le seul mode d'expression de nos pensées et que nous pouvons encore les traduire au dehors par le langage écrit et le langage mimique.

A. — La mimique chez les aliénés.

On doit distinguer dans la mimique deux groupes de phénomènes expressifs.

L'un comprend les mouvements d'expression en rapport avec le côté affectif de la vie psychique. C'est la *mimique émotive.*

L'autre est constitué par des mouvements et des gestes intentionnels servant à l'expression de la pensée. C'est le *langage mimique proprement dit.*

La mimique émotive. — Dans l'examen de la mimique émotive, et en particulier de la physionomie, il importe de distinguer tout d'abord ce qui appartient à la structure des parties (caractères morphologiques), et de tenir compte des différents éléments individuels qui ont pu la modifier, tels que l'habitude, l'imitation, l'éducation, le milieu, la condition sociale, la profession, la race, le caractère, l'âge, le sexe.

Ces modifications du type physionomique des aliénés, de la mimique à l'état de repos, doivent entrer en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'apprécier les mouvements mimiques expressifs, permanents ou transitoires, en rapport avec l'état psychique, habituel ou momentané, et révélant l'expansion chez le maniaque, la tristesse et l'anxiété chez le mélancolique, l'égarement chez le stupide, l'indifférence chez le dément, la défiance chez le persécuté, l'orgueil chez le mégalomane, etc.

Une étude complète de la mimique comporterait l'examen des différents éléments qui constituent la physionomie et ses expressions mimiques diverses. Mais ce sont là des analyses de détail que nous ne pouvons aborder ici, et nous devons nous borner à une vue d'ensemble.

La mimique expressive doit être envisagée chez l'aliéné à divers points de vue :

D'abord, l'énergie, la rapidité, la durée des expressions ; à cet égard, la mimique peut être exagérée (hypermimie) ; diminuée (hypomimie) ; ou abolie (amimie).

Dans l'*hypermimie*, il n'y a pas seulement exagération de l'énergie, de la rapidité, de la durée des expressions, mais encore production de ces expressions sous l'influence des causes les plus légères. Il convient de noter aussi la diffusion de la mimique de la face aux bras, au tronc, aux jambes et les alternatives d'expressions mimiques variées et parfois opposées.

L'exagération de la mimique émotive se remarque en premier lieu dans les états d'exaltation maniaque, mais elle ne leur appartient pas en propre. On la rencontre également dans d'autres états psychopathiques avec réaction intense, tels que la mélancolie anxieuse, les délires hallucinatoires.

Dans l'*hypomimie*, les mouvements expressifs sont plus faibles, plus lents, moins durables, plus difficiles à se modifier. Elle s'observe surtout dans les états de dépression (mélancolie, folie circulaire, hypochondrie, etc.), ou d'affaiblissement de l'activité intellectuelle (confusion mentale, démence incomplète, etc.).

On peut distinguer dans l'*amimie* deux variétés : asthénique et hypersthénique (Morselli). La première est caractérisée par la résolution des traits du visage qui ne traduit plus aucune expression émotive (stupeur, démence secondaire, paralysie générale, paralysie agitante, etc.). La seconde, au contraire, est caractérisée par des contractions musculaires permanentes, déterminant une expression fixe, invariable (états hallucinatoires aigus, catatonie, folie religieuse, etc.). Quelquefois, elle n'est que la résultante d'expressions stéréotypées, indélébiles (folie systématique secondaire, démence vésanique).

Les mouvements expressifs ne doivent pas être envisagés seulement en eux-mêmes dans leurs caractères intrinsèques, mais aussi dans leurs rapports avec le ton émotionnel et l'activité intellectuelle.

Les expressions mimiques en rapport avec les états émotionnels peuvent être transitoires ou permanentes. Les premières, consécutives à un sentiment, à une impression sensorielle, à une idée, sont les moins importantes en clinique psychiatrique. Les secondes, au contraire, peuvent être utiles pour le diagnostic de troubles émotionnels fondamentaux (psychoneuroses), ou de réactions émotionnelles produites par des troubles primitifs de l'idéation. Les unes sont caractéristiques des états d'excitation avec réaction expansive et traduisent des émotions agréables : satisfaction, confiance, optimisme, etc. Les autres se rattachent aux états de dépression et ont un caractère douloureux : angoisse, terreur, remords, humiliation, ressentiment, etc.

Par l'étude des expressions mimiques, nous pouvons encore juger de l'activité intellectuelle du malade en ce qu'elles nous le montrent attentif ou distrait, intelligent ou hébété, concentré ou délirant, conscient ou inconscient de lui-même et du monde extérieur.

Chez certains aliénés, l'expression mimique est en quelque sorte pervertie

(*paramimie*), soit par suite même de leur état mental (paralysie générale, imbécillité), soit parce que l'expression se trouve entravée dans sa production par des modifications premières, indépendantes de la mimique et dues à des troubles moteurs. C'est ainsi qu'il importe de tenir compte des convulsions choréiques, des tics, de l'agitation et des gestes automatiques divers, des secousses, des états cataleptiformes, de la raideur de certains groupes musculaires, des contractures, du strabisme, de l'exophtalmie, de la paralysie ou de l'atrophie de certains muscles par suite de causes diverses.

Le langage mimique. — Tandis que les expressions purement émotives, s'effectuant suivant des lois naturelles, sont comparables chez tous les hommes, il existe au contraire, dans les gestes intentionnels, des différences dues à la race, au milieu social, au degré de culture, à la profession, aux habitudes individuelles et dont l'aliéniste doit tenir grand compte.

Chez l'homme, les organes principaux du langage mimique sont les muscles du membre supérieur et de la tête. Il importe donc aussi de déterminer les conditions anatomiques et physiologiques de ces régions, dont les muscles et les nerfs peuvent être le siège de lésions qui, en intéressant les mouvements, sont de nature à troubler le langage mimique (contractures, tremblements, secousses, spasmes, paralysies, mouvements automatiques).

Envisagé au point de vue de ses altérations, le langage mimique peut être exagéré (hypersémie), ou diminué ou même nul (hypo et asémie), ou perverti (parasémie).

L'*hypersémie* est reliée en général aux états d'expansion et se rencontre ainsi dans les formes les plus diverses, chez les maniaques, les paralytiques généraux, les mélancoliques anxieux, les délirants hallucinés, les paranoïaques persécutés et orgueilleux.

Certains malades présentent une forme particulière d'altérations de la mimique, consistant dans la reproduction des gestes de leurs voisins ou de leurs interlocuteurs (échomimie).

Nous rappellerons aussi qu'il n'est pas rare, dans certains cas d'aphasie organique, de voir le langage mimique acquérir une vivacité tout à fait insolite, suppléant en quelque sorte à la perte du langage articulé.

L'*hypo* et l'*asémie* se rencontrent d'ordinaire dans les états de dépression, de concentration, d'affaiblissement psychique. Ainsi les gestes du mélancolique sont lents, pénibles, peu variés, se bornant le plus souvent à des signes d'affirmation ou de négation. Quelquefois même il reste absolument immobile, la figure contractée. De même les états de confusion mentale, les démences s'accompagnent en général de la disparition du langage mimique.

Chez certains aliénés, l'asémie est volontaire comme le mutisme vésanique que nous aurons à examiner plus loin et se rattache à des hallucinations impératives, à des idées délirantes diverses hypochondriaques, de persécution, de grandeur, d'humilité, d'opposition, etc...

Les *parasémies* dues à des conceptions délirantes, des hallucinations, des impulsions diverses, sont extrêmement variées. Les exemples les plus nom-

breux et les plus typiques se rencontrent dans la paranoïa. Certains de ces malades traduisent ou soulignent leurs idées délirantes par des gestes bizarres, dont la signification toute conventionnelle nous échappe. C'est, dans la mimique, l'équivalent du néologisme dans le langage parlé.

Parmi ces gestes mimiques spéciaux, il convient de faire une mention particulière pour ceux qui se rattachent aux idées de défense (Séglas et Bezançon) et révêtent ainsi pour le malade la valeur d'une véritable conjuration.

Certains tiqueurs exécutent souvent aussi des gestes spéciaux, ou reproduisent ceux qu'ils voient exécuter devant eux par un simple fait d'imitation.

B. — Les troubles du langage parlé.

Il y a pour bien parler trois conditions nécessaires : d'abord, un fonctionnement intellectuel normal, puis la présence rapide à l'esprit des mots ou des phrases correspondant exactement aux idées à exprimer, enfin, un mode correct de l'expression au dehors.

On peut donc diviser les troubles du langage parlé en trois classes principales, suivant qu'ils se rattachent à des désordres intellectuels avec intégrité de la fonction langage (dyslogies) ; ou bien qu'ils intéressentl a fonction langage (dysphasies) ; ou enfin, la parole articulée (dyslalies).

Dyslogies. — Les troubles du langage résultant de désordres intellectuels ne sont pas tous de même espèce. Les uns se rapportent au contenu, au fond du discours ; ce sont les dyslogies proprement dites. Les autres se rapportent plutôt à la forme et intéressent ainsi la diction expressive, la forme grammaticale, le style du discours.

Modifications de la diction expressive. — Elles portent sur plusieurs éléments : tout d'abord sur la voix envisagée au point de vue de l'intensité, de la hauteur, du timbre.

Dans les conditions normales, l'intensité de la voix est ordinairement en rapport avec celle des émotions. Dans les états pathologiques, ce parallélisme n'est plus constant. Dans certains états émotionnels très accentués, la voix peut être très peu intense (mélancolie, paranoïa) ; et elle peut en revanche être très forte sans qu'il y ait pour cela correspondance avec un état émotionnel (déments agités).

Quoiqu'il en soit, c'est surtout dans la manie et dans les états maniaques, que la voix arrive à une intensité telle qu'elle finit par s'érailler et laisser le malade presque aphone. En revanche, chez les mélancoliques, la voix est basse, chuchotée, parfois à peine perceptible. Il y a des cas dans lesquels les modifications de l'intensité de la voix sont en rapport avec des conceptions délirantes comme chez les persécutés qui parlent à voix basse de peur d'attirer l'attention des espions, les mélancoliques, les paralytiques généraux pour éviter un malheur, etc. D'autres semblent ainsi converser avec des personnages imaginaires.

Des variations connexes sont celles qui ont trait à la hauteur, au timbre, produisant ainsi la voix rauque, gutturale, tremblante de certains aliénés. Certains périodiques notamment, au cours de leurs accès délirants, prennent un timbre de voix tout à fait spécial, comme ces aliénés de Morel et de Kussmaul qui parlaient d'une voix nasonnée et imitaient la voix de polichinelle. Il n'est pas rare d'observer chez le même malade l'alternance de deux registres de voix, indice de troubles hallucinatoires avec dédoublement de la personnalité.

D'autres modifications de la diction consistent dans *l'intonation*, les inflexions de la voix, les modulations des phrases, l'alternance de tonalités diverses, l'accentuation de certains mots etc...

Ainsi chez les mélancoliques déprimés, le débit devient uniforme, monotone, empreint du même ton d'indifférence, de tristesse ou d'ennui. Cette monotonie se retrouve, moins la note émotionnelle, dans les cas d'affaiblissement intellectuel. — Dans d'autres cas, le langage est hésitant ou bien entrecoupé de sanglots, de cris de frayeur, revêt un accent de terreur, d'angoisse, de désespoir (mélancoliques anxieux, délires hallucinatoires). — Certains malades ne font que répéter d'un ton expressif, mais monotone, les mêmes paroles plaintives ou les mêmes gémissements (gémisseurs de Morel).

Dans d'autres cas au contraire, le discours revêt une forme déclamatoire, emphatique, théatrale. Le malade parle en orateur, avec des accents pathétiques, des intonations variées. Il peut aller jusqu'à chanter son discours, qui parfois même est comme rimé (excitation maniaque, folie circulaire, paralysie générale, délires mystiques et mégalomaniaques). Quelquefois, au cours d'une conversation, le langage revêt une forme symbolique et prend le ton d'une véritable incantation (idées de défense). Une modification particulière regardée comme caractéristique de la Catatonie (Kahlbaum) est la *verbigération* ou déclamation pathétique et théâtrale des mêmes mots d'une portée très vulgaire, souvent même vides de sens.

Le *monologue* est fréquent chez les aliénés. Il peut se rencontrer dans les formes les plus variées de l'aliénation, relié à des symptômes divers, idées fixes, émotions intenses, hallucinations, automatisme inconscient. Mais s'il devient habituel, énoncé à haute voix, accompagné de gestes, sans souci de l'observateur, il prend une signification particulière en rapport avec un état de chronicité et de déchéance intellectuelle (Raggi).

Il est des malades qui accentuent beaucoup certains mots, prennent du temps comme pour souligner certaines parties de leurs discours (persécutés mégalomanes), parlent d'une façon prétentieuse ou avec une sorte de prudence calculée et des réticences incessantes.

D'autres du même genre, mais plus expansifs, parlent au contraire d'une façon nette, catégorique, en gens certains de ce qu'ils avancent.

Un phénomène assez curieux est l'intonation différente des hallucinés qui conversent à la fois avec leur hallucination et avec leur interlocuteur réel.

Les pauses dans le discours n'ont pas toujours pour but de souligner les parties importantes; chez certains aliénés, les mélancoliques déprimés, par exemple, elles sont fréquentes et donnent au discours un cachet d'hésitation

très particulier. Elles sont encore plus accentuées dans les états de confusion mentale en raison de l'entrave apportée à l'exercice des facultés, et dans la démence, par suite de l'incohérence des idées.

Un élément très important dont on doit tenir compte dans l'étude des modifications de la diction, c'est le mode de succession des phrases ou des mots.

Cette succession peut être régulière et n'être intéressée que dans la *rapidité,* augmentée ou diminuée.

Il est des aliénés qui sont dans un état d'exaltation générale auquel participent toutes les facultés intellectuelles. Chez eux, le langage traduit le tumulte des idées, le désordre général de l'intelligence. Ils parlent avec volubilité, sans prendre à peine le temps de respirer, comme s'ils avaient peur de ne pouvoir exprimer toutes les idées qui se pressent dans leur esprit. (Logorrhée, polyphrasie de Kussmaul.) Si le mot ne se présente pas assez vite, ils ne s'arrêtent pas pour cela, et prononcent des paroles sans aucun rapport avec l'idée à exprimer ou même incompréhensibles (néologismes passifs). Parfois ils en arrivent à *bredouiller,* à « *manger* » certains mots ; et même à ne plus pouvoir exprimer toute une série d'idées, tellement la succession en est tumultueuse (choréophrasie, langage elliptique). Il se produit alors une pseudo-incohérence du langage qu'il importe de distinguer de l'incohérence vraie due à la ruine des facultés.

Il est des cas d'excitation intellectuelle plus modérée s'accompagnant d'un état émotionnel qui rend l'individu satisfait et communicatif. Il a besoin de s'épancher au dehors ; de là une intempérance de langage qui parfois est l'unique manifestation du délire. C'est la *lalomanie.*

Cette accélération du langage est un des symptômes ordinaires des états maniaques (paralysie générale, alcoolisme, démence, épilepsie etc)...

Il y a encore d'autres malades qui sans être dans un état général d'excitation intellectuelle, s'expriment cependant avec une grande facilité. Ceux-là sont des délirants systématiques, à délire bien organisé, très net dans la conscience.

Dans d'autres cas, on a affaire à des modifications de sens inverse. C'est ainsi que les mélancoliques, en raison même de leur état d'aboulie et de douleur morale, *s'expriment d'une façon traînante,* répondant à peine aux questions, parlant comme à regret, par phrases décousues, parfois s'arrêtant avant d'avoir exprimé toute leur pensée, et terminant leur phrase dans un soupir ou un sanglot. Ces interruptions, ces arrêts peuvent donner lieu aussi à une sorte de pseudo-incohérence qu'il importe de connaître.

Des troubles analogues s'observent chez les aliénés atteints de confusion mentale, dont le langage est obscur et embarrassé comme l'intelligence ; qui hésitent, cherchent leurs mots et combinent péniblement quelques phrases incertaines ; dont la réponse avorte dans l'impuissance où ils se trouvent de coordonner les éléments d'une pensée et de rassembler les mots nécessaires à son expression.

Au degré le plus extrême, les malades en arrivent à ne plus parler du tout. C'est le *mutisme vésanique.*

Il peut être absolu ou relatif, continu ou intermittent.

Les causes en sont multiples.

Dans certains cas il s'agit d'un fait d'aboulie. L'anéantissement de la volonté est si profond que parler est en quelque sorte un effort au-dessus des forces du malade. Quelquefois, un simple mouvement des lèvres manifeste seul le désir de répondre (mélancolie dépressive). Dans d'autres circonstances, il s'agit d'un état d'obnubilation intellectuelle tel que la synthèse première des idées indispensnble à la construction de la phrase, l'évocation et le groupement des mots appropriés sont devenus impossibles (confusion mentale).

Le mutisme peut encore résulter d'un arrêt total de la pensée. Le malade est plongé dans la stupeur; l'exercice des opérations intellectuelles est interrompu; c'est la suspension de toute activité psychique et le malade ne parle pas parce qu'il ne pense pas (stupidité, démence aiguë).

D'autres fois, au contraire, c'est parce qu'il est absorbé, concentré dans des idées pénibles, incessantes, ou dominé par des hallucinations. Son apparence stupéfiée cache un délire intense, continu, absorbant, le dominant tout entier. Il ne pense pas plus à parler qu'à satisfaire sa faim, sa soif, ses besoins; c'est du mutisme par distraction (mélancolie avec stupeur).

Quelquefois, dans certains états maniaques (d'Heurle) on observe passagèrement un état de mutisme résultant du tumulte des idées : la pensée est devenue si désordonnée, qu'elle passe la mesure de mobilité possible des agents de l'articulation.

Il est d'autres cas moins connus dans lesquels le mutisme, moins absolu, plus intermittent, peut résulter d'amnésies verbales (mélancolie, confusion, hystérie), ou de la présence d'hallucinations verbales psycho-motrices très développées qui peuvent agir de différentes manières.

Si l'on se rappelle cette remarque de Stricker, que l'on ne peut penser à la fois à deux mots différents à l'aide de deux images verbales motrices et que l'hallucination verbale motrice implique la participation du centre moteur d'articulation, on comprendra aisément que si les hallucinés de cette catégorie tombent parfois dans le mutisme, c'est parce qu'ils n'ont pas à leur disposition à la fois deux images motrices différentes, l'une servant à l'hallucination, l'autre à l'expression de la réponse sollicitée par leur interlocuteur.

Quelquefois le mécanisme du mutisme peut être un peu différent : alors que les malades pensent à ce qu'ils voudraient dire, il se produit une hallucination motrice verbale par suite de laquelle les mots s'échappent sans bruit de leur bouche, avant qu'ils n'aient eu le temps de les prononcer (fuite de la pensée, Pierraccini).

Il est aussi des cas dans lesquels le mutisme résulte de ce que le malade rapportant son hallucination motrice à l'appareil de la phonation, s'applique à entraver la formation des paroles (Kramer), parfois dans le but d'empêcher des ennemis de découvrir sa pensée (Kandinsky).

Ces faits nous amènent à ceux dans lesquels le mutisme est le résultat d'une détermination volontaire du malade. L'origine du mutisme peut être alors une hallucination spéciale, impérative, défendant de parler. Ou bien le

mutisme se rattache à une idée délirante, variable d'ailleurs (aphasie paranoïaque) de Kusmaül : tantôt le malade se croit indigne de communiquer avec ses semblables (délire d'humilité); tantôt il veut expier ainsi des fautes imaginaires ; ou bien il craint de nuire à quelqu'un (délire de culpabilité) ; ou bien il craint de se compromettre, de donner prise sur lui à ses ennemis (idées de persécution) ; ou bien encore, il craint, en ouvrant la bouche, d'avaler des substances nuisibles, de s'exposer à une maladie infectieuse (idée d'empoisonnement, idée hypochondriaque) ; ou encore, il s'imagine qu'il n'a plus de langue, de larynx (idées de négation). Parfois, le mutisme n'est qu'un simple caprice, une façon de se singulariser (hystérie, manie, débilité mentale), une manifestation du négativisme, de la folie d'opposition (démence catatonique).

Il y a des cas dans lesquels le mutisme est plus apparent que réel.

Certains aliénés, qui semblent plongés dans le mutisme, marmottent cependant à voix basse des paroles inintelligibles. D'autres ne font pas de réponse immédiate, mais ne sont pas pour cela dans le mutisme. Il ne s'agit chez eux que d'un retard de la parole analogue aux retards de la perception dans les phénomènes de la sensibilité ; soit que le temps de la perception auditive s'allonge, soit qu'il y ait une certaine difficulté à synthétiser les divers éléments nécessaires à l'expression de la réponse.

Ces faits de mutisme vésanique sont importants à connaître, afin de ne pas les confondre avec la surdité corticale, psychique, verbale, et l'aphasie motrice. De plus, comme les malades peuvent être porteurs de stigmates hystériques, leur mutisme pourrait être rapporté à l'hystérie. Mais s'ils sont muets et aphones comme les hystériques atteints de mutisme, en revanche le plus souvent, leur physionomie ne manifeste pas comme chez ces derniers le désir de se faire comprendre ; et loin de chercher comme eux à traduire leur pensée par le geste, l'écriture, ils restent figés dans leur immobilité silencieuse.

Dans les démences, comme dans l'imbécillité, l'idiotie, la diminution ou la perte du langage n'est souvent que la manifestation de la pauvreté des idées, la preuve de l'affaiblissement intellectuel. Les malades deviennent ou sont incapables de comprendre, de former une idée ; ils restent alors muets, parce que la parole est une manifestation de la pensée et que chez eux la pensée n'existe pas ou a disparu.

Rappelons enfin que le mutisme est souvent une des formes de la simulation de la folie.

Le mode de succession des phrases peut être altéré autrement qu'au point de vue de la rapidité.

Certains malades très émotifs s'arrêtent à chaque syllabe en interrompant leurs phrases par des voyelles ou des diphtongues. C'est l'*ânonnement* ou *angophrasie*. D'autres, au contraire, ne groupent pas distinctement les sons, les syllabes ; il bredouillent. Il en est qui éprouvent en même temps un sentiment d'angoisse très prononcé (*dysphrasie émotive*), qui peut aller jusqu'à les empêcher de prononcer un seul mot.

On note souvent des syllabes, des mots ou même des phrases incidentes,

c'est l'*embololalie* de Merckel. Tantôt ce sont des syllabes ajoutées aux mots comme préfixes ou suffixes, ou intercalées dans le corps du mot comme dans le jeu des écoliers dit : langage javanais. Tantôt ce sont des mots sans aucun sens ; ou bien des mots réveillés par une association de contraste ou par une assonance, (échosyllabiques) ; ou bien des jurons, des paroles obscènes (coprolalie). Tantôt les mots intercalés ont un sens symbolique et se rattachent, par exemple, à une idée de défense. Tantôt encore ils constituent une réponse à une hallucination auditive.

Quelques aliénés répètent souvent à la suite les mêmes phrases, les mêmes mots ou les syllabes finales et arrivent ainsi quelquefois à redoubler toutes les syllabes d'un même mot (palinphrasie).

Il n'est pas rare de retrouver aussi dans le langage certaines expressions toujours identiques, en rapport avec une idée dominante ou même incompréhensibles (stéréotypies verbales).

Il est des malades qui avant de répondre à une question ont l'habitude de répéter les phrases entières ou la fin des phrases de leur interlocuteur (échophrasie). C'est là une variété d'écho différant absolument de l'écholalie réflexe des idiots ou des déments (Romberg, Bateman, Brosius, Kussmaül).

Dans d'autres cas le malade s'empare de la dernière syllabe d'un mot entendu ou prononcé, pour former la première syllabe d'un nouveau mot, ex. : Thé, Thémis, Thémistocle.

Signalons encore le *langage réflexe* (Robertson), consistant dans la réponse à certaines questions par des phrases banales, qui souvent répétées auparavant dans les conversations de la vie journalière, ont fini par se stéréotyper et sont émises presque automatiquement sans le concours de l'intelligence. Ce langage est fréquent dans les états de concentration ou d'affaiblissement intellectuel, dans les démences vésaniques, la démence sénile.

Modifications de la syntaxe. — Elles peuvent tenir à des causes diverses. Tout d'abord il importe de mettre à part le langage enfantin des idiots dû à l'imperfection même de leur développement mental. Dans les cas où elles se relient à des affections survenues chez des personnes d'un niveau mental suffisant (les aphasies organiques une fois éliminées), elles peuvent tenir à la ruine des facultés intellectuelles, à la perte de la mémoire (folies chroniques, démences). D'autres fois elles dépendent des troubles de l'attention, de la volonté, d'un défaut de synthèse mentale, d'un état d'excitation intellectuelle, et les phrases ne sont qu'une succession des mots qui se présentent les premiers à l'esprit du malade (manie, confusion mentale, délires hallucinatoires). Enfin, dans un groupe de cas, les plus importants, elles correspondent à des conceptions délirantes déterminées. Ainsi, certains malades se désignent par la troisième personne « il ou elle » par un qualificatif « la bête » (idées d'humilité), par une périphrase « la personne de moi-même » (idées de négation). D'autres parlent d'eux au pluriel, soit à la première, soit à la seconde ou à la troisième personne (idées de possession, dédoublement de la personnalité). Quelques-uns changent le genre en parlant soit d'eux-mêmes, soit des autres,

(délire métabolique). Il en est qui suppriment les verbes et font des constructions de phrases étranges, soit parce qu'on les empêche, disent-ils, de penser et de s'exprimer, soit pour dérouter des ennemis (idées de persécution) ; soit parce qu'ils trouvent ainsi leur langage plus original et plus relevé (idées de grandeur). Toutes ces modifications sont intéressantes à connaître. Si parfois elles sont volontaires et conscientes, le plus souvent elles ne sont que la traduction automatique par le langage de troubles psychologiques profonds, inconscients pour le sujet (Klinke).

Modifications du style. — Certains aliénés sont d'une faconde inépuisable, mais leur discours est composé de phrases toutes faites, de rapprochements spécieux, d'idées banales, souvent de mots sonores et vides de sens (maniaques, fous raisonnants, débiles). D'autres, au contraire, sont d'une concision laconique mais des plus éloquentes (mélancoliques). Chez les excités, le discours devient familier, trivial, parfois obscène, et ce fait est d'autant plus frappant qu'on peut le rencontrer chez des personnes appartenant aux classes élevées de la société et ayant reçu une excellente éducation. Chez d'autres malades, au contraire, le discours devient plus choisi, parsemé d'expressions pittoresques, de mots finement trouvés, de phrases mordantes. Dans certains cas, le style devient prétentieux, dramatique, ampoulé, affectant quelquefois une apparence de style versifié, plein de métaphores, d'allégories, de sentences, de proverbes, de sous-entendus, de mots à double sens, parfois de calembours (délires systématisés, paranoia verbale de Venturi). D'autres fois, les malades sont d'une prolixité extraordinaire, paraphrasant, développant à l'infini, sous toutes ses formes, leur idée fixe (paralogie thématique) ; abusant des pléonasmes, des périphrases, ou se contentant simplement de répéter les mêmes phrases, les mêmes mots. Quelquefois les périphrases ont un but spécial, d'éviter certains mots auxquels le malade attache une portée spéciale (aphrasie superstitieuse).

Modifications du contenu (*dyslogies proprement dites*). — Ce sont les plus importantes en tant qu'elles représentent la traduction par le langage des altérations fondamentales de la pensée.

Au point de vue pratique on peut les classer en deux grandes catégories, suivant qu'on les envisage dans leurs rapports avec les troubles de la formation des idées, ou avec les troubles du contenu des idées. Les premières nous renseigneront sur le niveau mental, l'exercice des opérations intellectuelles, en un mot sur l'état mental ; les secondes sur les accidents mentaux, en particulier le délire.

On ne peut pas dire d'une façon absolue que le développement du langage soit proportionnel à celui de l'intelligence. Parmi les idiots eux-mêmes, il en est de très loquaces et parlant assez bien, qui cependant occupent dans l'échelle de ces êtres dégradés une place très inférieure, ce sont les microcéphales. Il y a d'autre part beaucoup d'idiots, très bavards, qui ne parlent que mécaniquement, comme des perroquets, ou ne répètent, sans en comprendre

la signification, que les mots qu'ils entendent, (écholalie réflexe). Nous savons d'ailleurs que l'idée est indépendante du mot qui n'est que son auxiliaire et que si l'on pense plus aisément à l'aide de mots qui servent à donner un corps à la pensée, on peut cependant penser à l'aide d'images simples.

Toutefois en pratique, on peut conclure de façon approximative du développement du langage à celui de l'intelligence, et distinguer ainsi tout au moins un idiot d'un simple débile, et celui-ci d'un individu d'une intelligence ordinaire. Il importe d'ailleurs de tenir toujours compte en même temps du sexe des individus, de leur profession, de leur condition sociale, de leur degré d'éducation, etc.

Les modifications apportées par la maladie à l'exercice même des opérations intellectuelles s'accompagnent aussi de modifications connexes du langage. Par exemple, dans les états d'excitation où il y a accélération du cours des idées, suractivité de la mémoire, le langage participe à l'exaltation des facultés et devient plus facile, plus abondant, plus choisi. En revanche il existe des malades (neurasthéniques, mélancoliques, douteurs), qui se plaignent d'eux-mêmes, en même temps que de l'entrave apportée par la maladie à l'exercice de leurs facultés, de l'impossibilité où ils sont de s'exprimer, de trouver même leurs mots. Dans d'autres cas cette sorte d'inhibition du langage ne se relie qu'à un symptôme particulier : hallucination motrice verbale, idée de possession ou de persécution.

Les états d'affaiblissement démentiel se traduisent également par des modifications du langage spéciales déterminant l'*incohérence*. Elle résulte alors d'une sorte de régression du langage parallèle à la déchéance de la mémoire, du raisonnement. Elle ne consiste pas uniquement dans le manque d'adaptation des réponses aux questions ; mais elle se manifeste aussi dans les discours spontanés. Elle peut exister à des degrés très variables ; depuis les simples phrases décousues, les quiproquos, les associations bizarres de mots jusqu'au chaos verbal le plus invraisemblable (Wortsalat.), et tout à fait incompréhensible. Seules l'intonation, les inflexions, les gestes, la mimique peuvent quelquefois donner une idée très approximative de l'intention du sujet. Cette incohérence démentielle, vraie, doit être distinguée soigneusement, en raison de sa signification diagnostique et pronostique, des pseudo-incohérences dues soit à l'idéorrhée (manie, délire hallucinatoire), soit à un état émotionnel très accentué (mélancolie), soit à un état passager d'épuisement, d'obnubilation intellectulle (confusion mentale).

De même que les idées politiques, religieuses, scientifiques exercent chez l'homme sain d'esprit une influence particulière sur le contenu du langage, de même les idées délirantes des aliénés ont une influence analogue sur leurs discours. Nous ne pouvons passer ici en revue tout le vocabulaire par lequel s'expriment les différentes idées délirantes et qui d'ordinaire est facile à comprendre, une fois connues les principales variétés de ces idées.

Mais de plus, on rencontre fréquemment dans certaines affections déterminées des phrases spéciales, presque caractéristiques.

Telles sont ces phrases de persécutés : « Vous le savez mieux que moi. — Mon affaire est connue. — C'est dans les journaux. »

« Si j'avais su, dira un mélancolique. — Vous perdez trop de temps avec moi. — Tout est fini. »

Que l'on demande à un paralytique général quand il doit sortir et l'on recevra presque infailliblement cette réponse : « Je sors demain ».

Certaines expressions peuvent mettre aussi en évidence des symptômes particuliers. Par exemple : On fait des gestes sur mon passage. — On m'électrise. — On me viole. — On m'injurie, dénotent des idées de persécution se rattachant à des interprétations délirantes, des troubles de la sensibilité générale, d'hallucinations génitales, d'hallucinations de l'ouïe. Qu'un persécuté se serve, pour désigner des ennemis, de pronoms indéfinis, d'un terme collectif, d'une désignation spéciale, cela a encore de l'importance, car ces locutions différentes correspondent à des étapes diverses d'un délire plus ou moins systématisé.

Des indications semblables peuvent être données par l'emploi que fait le malade de *néologismes.*

Sous ce terme on comprend en pratique non seulement les mots de nouvelle création, mais encore les mots usuels défigurés ou détournés de leur sens habituel.

Les néologismes se distinguent en deux grandes classes : 1° les néologismes passifs ; 2° les néologismes actifs.

Les premiers sont le produit du simple automatisme psychologique. Ils se forment en général par association d'assonances ou de représentations et n'ont pas dans la conscience du malade de signification déterminée (états maniaques, alcoolisme, paralysie générale, démence vésanique). Quelquefois, ils résultent simplement de l'association de mouvements vocaux spasmodiques avec un état émotionnel se rapprochant ainsi de l'interjection ou du juron (mélancolie, obsessions etc.).

A l'inverse des précédents, les néologismes actifs sont créés avec intention et correspondent à une idée, plus ou moins nette d'ailleurs, dans l'esprit de l'individu. Dénués de sens pour tout autre que lui, ils acquièrent une signification spéciale lorsqu'on en a la clé.

Ils sont le produit d'associations systématiques multiples, coordonnées dans une certaine direction, se condensant, après une élaboration réfléchie dans un mot nouveau. Ce mot dès lors fixe la pensée du malade qui en arrive presque à oublier les synthèses successives qui l'ont amené à sa formation. (Stéréotypies verbales). Il n'a plus rien à expliquer, rien à chercher, le mot dit tout et il s'y tient désormais d'une façon presque inflexible.

Ces néologismes actifs se rencontrent surtout dans les délires systématiques, quelle que soit la variété des idées délirantes.

Dans le but de faciliter la recherche des idées qu'ils expriment, on a essayé de les grouper en plusieurs catégories (Tanzi).

1° Noms faisant allusion à des personnes ou à des êtres symboliques.

2° Noms faisant allusion à des agents ou à des états physiques.

3° Noms faisant allusion à des agents ou à des états physiopathologiques de caractère hallucinatoire. Termes analogues aux précédents, mais avec une qualification sexuelle.

4° Conjurations, formules d'exorcismes, évocations.

5° Terminologie métaphysique et pseudo-scientifique.

6° Autodénominations.

7° Néologismes asystématiques et absurdes.

On a beaucoup discuté sur la signification pronostique des néologismes et et l'on a émis à ce sujet les opinions les plus contradictoires. On peut cependant les concilier bien naturellement en disant que le néologisme actif dénote une affection chronique incurable, un affaiblissement intellectuel qui ne pourra désormais que s'accentuer. Quant aux néologismes passifs, si certains d'entre eux sont en rapport avec des états incurables de démence, il en est aussi qui se rencontrent dans des cas très bénins, d'excitation maniaque, par exemple. Aussi leur valeur pronostique est-elle très variable et ne sont-ils pas, de par eux-mêmes, comme les précédents, un signe absolu d'incurabilité.

Dysphasies. — Sous ce nom nous réunirons les troubles du langage, dépendant d'une altération de la fonction langage dans ses divers éléments. Elles peuvent être divisées en deux grandes classes : dysphasies organiques et dysphasies fonctionnelles.

Dysphasies organiques. — Avec les dysphasies organiques, on rentre dans le domaine de l'aphasie vulgaire. — L'aphasie peut s'associer à la folie de deux manières ; tantôt elle la précède, tantôt elle la suit.

Certains aphasiques, en raison même des troubles du langage, de la surdité verbale, des différentes formes de paraphrasie, d'aphasie motrice qu'ils peuvent présenter, de leur mimique extravagante, de l'irritabilité de leur caractère, peuvent être déjà confondus avec de véritables aliénés. Mais de plus, l'aphasie n'est pas sans s'accompagner de troubles intellectuels, souvent plus accentués qu'on pourrait le croire au premier abord. L'état mental de l'aphasique est d'ailleurs susceptible de variations multiples. Tantôt il s'agit d'une simple déchéance intellectuelle plus ou moins rapide et profonde, tantôt surviennent de véritables manifestations délirantes. Mais, dans tous ces cas, aphasie et troubles intellectuels sont justiciables de la même cause, du même processus organique.

En regard de ces cas viennent se placer ceux d'aliénés devenant aphasiques. L'aphasie peut être alors le fait d'une simple complication au cours d'une psychopathie liée à une affection cérébrale organique, paralysie générale, par exemple. Mais le plus fréquemment, vésanie et aphasie sont de nature très différente, comme lorsque cette dernière survient au cours d'une psychose. Le diagnostic psychiatrique devient alors très difficile, l'aphasie empêchant les idées délirantes de se manifester au dehors. Il importe tout d'abord de bien déterminer la variété de l'aphasie afin de pouvoir utiliser les dernières ressources que l'on puisse avoir de communiquer avec le malade,

de recueillir avec soin les commémoratifs, et de faire un examen objectif attentif. Le plus souvent on arrive à pouvoir ainsi faire la part des troubles aphasiques. Toutefois on peut rencontrer bien des difficultés en raison même de la ressemblance de certaines dyslogies avec des symptômes pouvant dépendre de l'aphasie; par exemple : les jurons, la coprotalie, l'écholalie, la répétition des mêmes mots ou des mêmes phrases, les troubles syntactiques, les néologismes, et surtout la paraphasie, dont le diagnostic avec l'incohérence du langage des aliénés chroniques, des déments est parfois des plus délicats (Magnan, Charpentier).

Dysphasies fonctionnelles. — Elles peuvent revêtir deux aspects cliniques différents : celui d'amnésies verbales ou celui d'hallucinations verbales.

1° *Amnésies verbales.* — Certains aliénés plongés dans un état de mélancolie profonde, avec stupeur, offrent tous les signes objectifs de la surdité verbale. Quand on leur parle, ils regardent leur interlocuteur comme s'ils ne le comprenaient pas et répondent tout de travers. Il en est même qui, en raison de cette sorte de surdité verbale, restent plongés dans le mutisme, mais lisent et prononcent correctement les mots. Pour Gucci, en pareil cas l'état d'inhibition qui constituerait la stupeur s'étend au centre auditif verbal et aux voies de conduction qui le relient au centre moteur d'articulation, respectant au contraire celles qui relient ce dernier centre au centre visuel des mots et ce centre visuel lui-même.

Des phénomènes identiques se rencontrent dans la confusion mentale. Meynert décrit une forme spéciale de confusion (*pseudaphasische Verwirtheit*) avec impuissance à s'orienter par cécité psychique ou surdité verbale, avec dépression de l'activité idéative, état anxieux de la conscience troublée par des rapports absurdes avec le monde extérieur et en connexion avec des phénomènes amnésico-aphasiques et paraphasiques.

Il convient de remarquer qu'en pareil cas il existe toujours une diminution de l'activité idéative, de la faculté de synthétiser les perceptions actuelles et leurs représentations verbales. C'est là une notion dont il faut tenir compte avant de conclure à une amnésie verbale, ainsi que nous l'avons démontré dans des travaux antérieurs. Fuerstner a également signalé des troubles du langage résultant simplement d'un trouble de l'activité cérébrale à propos du travail d'élaboration des sensations.

Nous rapprocherons de ces différents faits cette variété spéciale d'aphasie décrite par Grashey qui résulterait d'une trop grande brieveté des impressions sensorielles et ne serait en fait qu'une aphasie par distraction.

Chez certains aliénés, les dysphasies fonctionnelles se présentent sous la forme d'amnésie verbale motrice, complète ou partielle, durable ou transitoire.

Comme type de la forme complète et durable nous citerons le *mutisme de l'hystérique* qui comprend les mots entendus ou lus, peut s'exprimer par la mimique ou l'écriture, conserve les mouvements de la langue et des lèvres,

mais ne peut mettre en action le mécanisme de la parole articulée. Rappelons que l'aphonie, l'impossibilité de parler même à voix basse, donnée par Charcot comme caractéristique du mutisme hystérique, ne se rencontre presque jamais dans le mutisme du mélancolique ou du confus.

Parmi les formes transitoires, nous signalerons celles qui se rattachent à la migraine ophtalmique, dues à des troubles ischémiques transitoires, et pouvant se rencontrer dans l'épilepsie, la mélancolie, l'hystérie, l'alcoolisme, la paralysie générale.

Des troubles aphasiques analogues, aphasie motrice simple ou plus complexe avec surdité verbale et même cécité verbale, peuvent se rencontrer soit dans l'aura épileptique, soit à la suite de l'accès. Quelquefois même ils constituent à eux seuls l'accès (*logonévrose épileptique* de Bateman).

On pourrait peut-être considérer comme dépendant également d'une amnésie verbale transitoire ces cas curieux d'*onomatomanie* caractérisés par la recherche angoissante du mot.

2° *Hallucinations verbales*. — Nous verrons, en étudiant la pathogénie de l'hallucination en général, que toute hallucination, quelle qu'elle soit, suppose l'intervention des centres perceptifs corticaux, comme condition sinon suffisante, du moins nécessaire, indispensable.

Or, l'hallucination verbale, consistant dans la perception subjective de paroles implique par cela même l'intervention d'images verbales et par suite des centres corticaux de la fonction du langage. Cela ne veut nullement dire que là encore l'intervention de ces centres *suffise* au mécanisme total du phénomène hallucinatoire. Mais si elle est insuffisante à cela, c'est elle du moins, et elle seule, qui lui donne d'abord sa note caractéristique d'hallucination *verbale*, et qui de plus en fait une hallucination verbale *auditive, visuelle* ou *motrice* suivant le rôle prédominant joué par tel ou tel des centres constitutifs de la fonction langage.

Hallucinations verbales auditives. — Elles consistent dans la perception subjective de mots qui semblent prononcés du dehors à l'oreille du malade. C'est là un caractère constant dont on peut se convaincre non seulement par les explications de l'halluciné, mais encore par son attitude semblable à celle d'un homme qui écoute; par l'habitude qu'il prend quelquefois de se boucher les oreilles à l'aide de procédés divers, afin de se soustraire à l'importunité de ses voix.

Les hallucinations verbales auditives peuvent être conscientes ou inconscientes en ce sens que le sujet peut en reconnaître ou non le caractère pathologique.

Elles peuvent se manifester sous différentes formes dans le langage des malades.

Tantôt ils se plaignent d'entendre résonner extérieurement à leur oreille certains mots d'une façon obsédante (hallucination verbale obsédante).

D'autres fois, tous les mots qu'ils pensent se répercutent au dehors à leur

oreille (écho de la pensée), comme s'ils étaient prononcés à haute voix. Ce phénomène peut exister seul ; mais, s'il fait partie d'un délire de persécution, par exemple, le malade se plaindra simplement que ses ennemis lui volent ses idées ou devinent sa pensée.

Le plus ordinairement il se plaint d'entendre des voix venant de l'extérieur, plus ou moins nombreuses, proches ou lointaines, de timbres variables, souvent connus, qu'il qualifie d'une façon générale de voix secrètes, invisibles, téléphoniques, etc. voix qu'il rapporte à des personnes déterminées et qui lui font entendre des injures, des provocations, des obscénités, qui le calomnient, soit en s'adressant directement à lui, soit en causant entre elles ; qui lui commandent ou lui défendent certains actes, lui reprochent des fautes, le menacent de toutes sortes de malheurs ; plus rarement, le défendent, le consolent, ou le louent de ses actes, lui révèlent une naissance illustre, lui annoncent la fortune, lui prédisent de hautes destinées.

Toutes ces voix semblent venir des divers points de l'espace, sont perçues le plus souvent par les deux oreilles, quelquefois par une seule (hallucinations unilatérales), ou par les deux oreilles avec un caractère différent pour chacune (hallucinations bilatérales antagonistes). Dans tous ces cas, se présentant parfois chez le même individu, l'hallucination suppose toujours l'intervention du même centre du langage et cela constitue un argument sérieux contre les théories qui attribuent l'hallucination unilatérale à un seul hémisphère cérébral et les bilatérales antagonistes au dédoublement des hémisphères cérébraux.

Les hallucinations verbales visuelles sont plus rares, d'abord parce que les images visuelles sont moins employées que les auditives dans le langage intérieur ; de plus, bien des individus ne sachant pas lire ne peuvent avoir d'hallucinations de ce genre.

Elles peuvent atteindre dans quelques cas un développement tel que le malade en arrive à visualiser sa pensée, ce qu'il traduit à l'occasion par les phrases pittoresques de « lancer des lettres dans l'espace ; d'écriture par les yeux ; de photographie de la pensée ».

Hallucinations verbales motrices. — Tous les aliénés qui ont des voix, ne les perçoivent pas d'une façon identique, et font souvent d'eux-mêmes la différence. Les unes sont des « voies auditives », comme ils disent, sonores et perçues par les oreilles. Les autres sont dépourvues de son, « des voies *muettes, sensitives* » qu'ils perçoivent cependant distinctement. « Mais ils n'entendent pas, ils *sentent* parler. » Puisqu'il s'agit là d'hallucinations verbales, c'est-à-dire auxquelles prend part la fonction langage, et que les centres auditifs et visuels se trouvent exclus, on est déjà amené à penser que c'est vraisemblablement le centre moteur d'articulation qui est en jeu. Son intervention peut d'ailleurs se démontrer à l'aide de différentes preuves que j'ai souvent exposées dans des travaux antérieurs. J'en rappellerai ici seulement quelques-unes.

C'est d'abord l'attitude des malades. Ils n'ont plus l'air de personnes qui

écoutent, mais remuent les lèvres, semblent marmotter des paroles comme les individus qui parlent tout seuls leur pensée. Si on leur fait écrire leurs hallucinations, ils n'écoutent pas non plus, mais font en écrivant des mouvements d'articulation. Ces mêmes mouvements d'articulation accompagnent fréquemment l'hallucination, et sont dans certains cas nettement perçus par le malade, parfois même visibles pour l'observateur. Certains de ces hallucinés remarquent spontanément que leurs hallucinations ne peuvent se produire lorsqu'ils parlent eux-mêmes ou lisent à haute voix, en articulant; ou inversement, qu'ils ne peuvent parler eux-mêmes pendant la durée de l'hallucination. Si l'on se rappelle cette remarque importante de Stricker, qu'on ne peut penser en même temps à deux choses à l'aide de deux images verbales motrices différentes, on comprendra que cet antagonisme entre l'hallucination verbale et l'expression de la pensée consciente du malade par la parole ou la lecture articulée, ne peut résulter que de la dépendance où se trouve l'hallucination vis-à-vis du centre moteur d'articulation. Rappelons enfin certaines habitudes employées par les malades dans le but de faire cesser leurs hallucinations et qui toutes tendent à s'opposer aux mouvements d'articulation, comme de tenir la langue serrée entre les dents, de suspendre leur respiration, de s'emplir la bouche de cailloux.

Les hallucinations verbales motrices sont très variables d'intensité et de complexité. Pour l'intensité, on peut distinguer plusieurs degrés : d'abord l'*hallucination verbale kinesthétique simple,* quand le malade n'a que la sensation de mots prononcés, sans mouvements d'articulation perceptibles; puis l'*hallucination verbale motrice proprement dite* s'accompagnant de mouvements d'articulation perceptibles suivant leur intensité soit par le malade seul, soit aussi pour l'observateur. A un degré plus accentué encore, les mots sont même nettement articulés et l'on a affaire à une véritable *impulsion verbale*.

La complexité dépend de la part plus ou moins prépondérante que prend l'image motrice dans la constitution du phénomène. Tantôt cette image motrice de caractère hallucinatoire est la seule saisissable par l'analyse clinique. C'est l'hallucination verbale motrice simple. Tantôt elle s'accompagne d'une autre image verbale, sensorielle, ordinairement auditive, mais plus faible, donnant lieu à un simple phénomène concomitant d'audition mentale, sans extériorisation. C'est l'hallucination verbale motrice mixte ou sensorio-motrice. Tantôt enfin, cette seconde image auditive s'extériorise, elle aussi, en même temps que l'image motrice, en donnant lieu à une hallucination combinée.

Les considérations précédentes peuvent déjà servir à reconnaître les hallucinations verbales motrices; mais de plus, il n'est pas inutile de savoir sous quel aspect elles se présentent en clinique mentale.

Certains malades se plaignent simplement de ne plus pouvoir penser sans avoir la sensation de parler.

D'autres accusent des voies intérieures sans aucun timbre, des voix muettes : ce sont, disent-ils, des mouvements qui se font en eux. « Ils causent de cœur. »

Dans des cas plus accentués, le malade perçoit des mouvements d'articulation : les paroles, dit-il, se forment dans sa bouche ; il ne cause plus de cœur seulement, mais de bouche, et c'est à l'aide de ces mouvements de la langue qu'il dit comprendre les paroles hallucinatoires.

D'autres sont obsédés par des mots venus spontanément à leur esprit ou entendus au dehors qu'ils se sentent poussés à répéter et qu'ils ont même quelquefois peur d'avoir prononcés à haute voix (onomatomanie, écholalie mentale, folie du doute).

D'autres encore se plaignent que leur pensée se formule et leur échappe de la bouche avant même qu'ils aient eu le temps de la prononcer volontairement. C'est la fuite de la pensée (Pieraccini). Ils disent alors qu'ils se font comprendre ; qu'on doit les entendre ; qu'ils ne sont plus maîtres de leur langue ; qu'ils n'ont plus de secrets ; que les idées leur échappent...

Lorsque le malade n'est plus conscient de la nature pathologique du phénomène, il l'attribue à l'action d'influences mystérieuses : « On parle par sa bouche ; on lui remue la langue ; on le force à parler, etc. Ce fait est très fréquent dans les délires de persécution et de possession (dédoublement de la personnalité).

Quelquefois la sensation musculaire n'est plus localisée seulement à la bouche et le malade rapporte le point de départ de ses voix au larynx, à l'estomac, à l'abdomen... (voix intérieures, voix épigastriques).

Dans certains cas, les mouvements d'articulation mentale donnent la sensation d'un corps étranger qui serait dans la bouche ; le mot semble s'être matérialisé. C'est la *chique nerveuse* de Dumont de Monteux (onomatomanie, délire des persécutions).

Si les hallucinations verbales motrices sont faciles à reconnaître dans les cas caractérisés, il n'en est pas toujours de même dans les cas atténués où manque l'élément musculaire (conversation mentale, voix intérieure, voix du sang, voix de la conscience, englobés tous par Baillarger sous le nom d'*hallucinations psychiques*. Toutes les hallucinations verbales motrices rentrent dans le cadre des hallucinations dites psychiques ; mais ces dernières renferment encore d'autres phénomènes particuliers correspondant à ce que certains auteurs plus récents ont appelé des pseudo-hallucinations, c'est-à-dire dépourvues du caractère d'extériorité. Or, parmi ces pseudo-hallucinations, il en est de verbales; et parmi ces dernières, s'il en est dans lesquelles les images motrices du mot semblent surtout intéressées, il en est d'autres dans lesquelles c'est l'image auditive qui est en jeu. Insuffisamment vive pour s'extérioriser et être perçue par l'oreille, elle donne cependant au malade la perception d'une voix intérieure résonnant dans la tête.

Les hallucinations verbales, auditives et motrices, se rencontrent très fréquemment chez le même individu. Dans ce cas, ce sont généralement les motrices qui sont les dernières en date. Elles alternent alors avec les auditives parlant toutes les deux dans le même sens, ou bien conversant et devenant même antagonistes, l'une soutenant le pour et le contre.

Des cas plus curieux encore sont ceux dans lesquels elles *se combinent*,

donnant lieu ainsi à une hallucination complexe, à la fois auditive et motrice. Dans le cas de combinaison hallucinatoire, les mêmes paroles sont perçues à la fois à l'aide des images auditives et motrices devenues assez vives pour s'extérioriser, l'une d'elles prédominant d'ailleurs toujours sur l'autre. Suivant les cas, les malades constatent ainsi que les voix motrices résonnent à leur oreille ou bien que les voix entendues tendent en même temps à provoquer des mouvements d'articulation correspondants.

Ces faits n'ont rien d'étonnant lorsqu'on se rappelle les rapports qui unissent entre eux les centres auditif et moteur du langage, et nous montrent que si l'on peut distinguer parmi les hallucinés comme parmi les normaux des types auditif, visuel, moteur, cette distinction est toute relative et tient seulement à la prédominance et non pas au rôle exclusif de telle ou telle image verbale.

Impulsions verbales. — Elles sont identiques de nature avec les hallucinations verbales motrices dont elles représentent en quelque sorte le degré maximum.

Elles peuvent se présenter sous différentes formes cliniques. Ainsi l'on rattache parfois à l'impulsion verbale la loquacité incohérente du maniaque, de certains déments agités ; la verbigération du catatonique, le bavardage de l'idiot, la logorrhée irrésistible de certains paranoïaques.

Mais il existe d'autres formes plus intéressantes d'impulsions verbales, partielles, systématisées.

Les cas les plus simples sont ceux dans lesquels le malade, en proie déjà à des hallucinations motrices est forcé de les répéter à haute voix.

D'autres fois, il sent la parole se former en quelque sorte malgré ses efforts ; il est obligé d'articuler, ne fût-ce qu'à voix basse, des mots qu'il ne voudrait pas dire et qui souvent sont contraires à sa propre pensée. C'est la logokinésie de Kramer (mélancolie, onomatomanie, coprolalie, manie blasphématoire).

Souvent à l'impulsion verbale se joint une interprétation délirante et le malade l'attribue soit à des influences extérieures (on lui électrise la langue, on le force à parler), comme dans le délire des persécutions, soit à des agents qui pénètrent dans son propre corps, et se servent malgré lui de ses organes pour agir et parler sans qu'il soit lui-même en cause. (Ce n'est pas lui, dit-il, c'est un autre qui parle. — Idées de possession, dédoublement de la personnalité.)

Tantôt l'impulsion verbale naît d'emblée ; tantôt elle succède à une impression auditive réelle d'un mot que le malade est obligé de répéter à voix haute, (echolalie, echokinésie) où à voix basse, ou même mentalement (écholalie mentale) ; ou même elle succède à une hallucination auditive verbale qui doit également être répétée (écholalie hallucinatoire).

D'autres fois l'impulsion est précédée de l'obsession de certains mots qu'il faut irrésistiblement prononcer dans un but de préservation (onomatomanie simple ou associée à des idées délirantes).

Rappelons qu'il existe aussi une catégorie de médiums, les *médiums parlant* qui ne peuvent s'empêcher de dire des paroles dont ils ne soupçonnent pas le sens, et qu'ils entendent avec surprise.

Ces faits nous amènent à un dernier symptôme, la *parole involontaire et inconsciente* dans laquelle non seulement les mouvements d'articulation sont involontaires, traduisent des paroles étrangères à la conscience du sujet, mais de plus restent totalement inconscients pour le malade qui ne se rend même pas compte d'avoir parlé, l'eût-il fait à haute voix.

Dyslalies. — Ce sont les modifications de la parole extérieure. Elles peuvent avoir des origines différentes. Tantôt elles sont le résultat d'une mauvaise éducation, de l'exercice défectueux de la parole. On a réuni sous le nom général de *balbutiement* (Kussmaul) toutes les variétés de dyslalies de cet ordre, consistant dans un trouble de la formation *littérale* des sons. Une des variétés les plus fréquentes chez les aliénés est la *blésité* qui consiste dans la substitution de consonnes douces à des consonnes dures.

D'autres résultent de malformations congénitales ou accidentelles (bec-de-lièvre, traumatismes, accidents syphilitiques, etc,) et suivant le siège de la malformation sont distinguées en laryngée nasale et palatine, linguale, dentale, labiale.

Un autre cas est celui où elles résultent de maladies du système nerveux, central ou périphérique, organiques ou fonctionnelles. Dans ce groupe, la dyslalie de la paralysie générale est plus particulièrement intéressante. Elle comporte plusieurs éléments. L'hésitation, le traînement de la parole répondent à la paresse intellectuelle, au manque de mémoire ; le tremblement de la parole, au contraire, rentre dans le groupe des phénomènes moteurs. D'une façon générale, on peut dire que les troubles de l'articulation (dysarthrie) chez les paralytiques consistent d'abord en de simples accrocs (achoppement) à de certaines syllabes ; puis, c'est de l'hésitation plus prononcée, d'abord intermittente puis continue ; plus tard, la parole est tout à fait coupée ; elle prend un caractère scandé et devient ensuite psalmodiée, chevrotante (parole œgophonique de Duchek). En même temps, la voix baisse, prend un son monotone et enroué.

L'achoppement se distingue du balbutiement en ce qu'il s'accentue d'autant plus que le malade parle plus vite et en ce qu'il ne porte pas sur la formation littérale des sons, mais sur leur réunion en syllabes. Il se distingue du bégaiement en ce qu'il est une manifestation paralytique et non spasmodique et ne s'accompagne pas des mêmes modifications respiratoires.

Nous ne ferons que signaler l'embarras de la parole que l'on rencontre dans la sclérose en plaques, dans l'alcoolisme, à la suite des accès épileptiques, et ces troubles variés de l'articulation chez les hystériques, groupés sous le terme de bégaiement hystérique, toutes formes de dyslalies pouvant à l'occasion offrir quelque ressemblance avec celle de la paralysie générale.

Un dernier groupe est celui *des laloneuroses spasmodiques*. Nous citerons seulement l'aphtongie résultant de crampes dans le domaine de l'hypoglosse

et qui est très rare, et le bégaiement, beaucoup plus fréquent. C'est une névrose spasmodique de coordination entravant la prononciation des syllabes au commencement ou au milieu du langage jusque là régulier. Il porte sur les sons liés en syllabes, se produit à l'occasion des consonnes, se corrige en chantant, s'exagère sous l'influence d'une émotion et s'accompagne de modifications spéciales du rythme respiratoire, inspiration pas assez profonde, expiration trop rapide et mal mesurée.

C. — Troubles du langage écrit

Dyslogies graphiques. — Nous rangerons sous ce nom les troubles du langage écrit dépendant de troubles intellectuels avec intégrité de la fonction langage.

La condition mentale de l'aliéné se révèle déjà dans *la façon d'écrire* qui lui est particulière.

C'est ainsi que le maniaque écrit sans même s'installer, hardiment, à la volée. Le mélancolique, au contraire, toujours lent dans ses mouvements, indifférent ou résistant, prend la plume n'importe comment, et ce n'est qu'après bien des hésitations qu'il trace lentement de petits caractères, interrompus par des pauses, marquées sur le papier par de petits traits irréguliers, tracés par la plume abandonnée au hasard (Marcé). Les stupides, les déments apathiques n'écrivent guère ou s'arrêtent après quelques mots. Dans certains cas, les malades se refusent à écrire pour les mêmes raisons qu'ils se refusent à parler et gardent un mutisme plus ou moins absolu. D'autres nettoient sans fin leur porte-plume, ne touchent à leur papier qu'avec répugnance, prennent des positions étranges et l'irrésolution de leur écriture traduit des obsessions anxieuses spéciales.

Il y a des aliénés qui en écrivant semblent écouter (hallucinés auditifs), ou remuent les lèvres (hallucinés moteurs).

D'une façon générale, les aliénés écrivent beaucoup ; car, s'il en est qui se plaisent à répandre leurs productions, d'autres encore écrivent en cachette et pour eux-mêmes. Les femmes écrivent moins que les hommes. Les mélancoliques écrivent peu et d'une façon très laconique, les stupides jamais. Mais, en revanche, nombreux et prolixes sont les écrits des excités maniaques ou des systématiques, hypochondriaques, inventeurs, persécutés, raisonnants (*graphomanie*). Certains déments même, ou des imbéciles en période d'excitation, ne peuvent résister au besoin de noircir des pages entières de griffonnages indéchiffrables. Le nombre des écrits varie d'ailleurs chez chaque malade suivant qu'il est au début, à la période d'état ou à celle de déclin de son affection.

L'aspect général de l'écrit est très variable. Tantôt il est très soigné, très ordonné ; le papier propre et de même format, les feuilles numérotées, classées ; le travail est méticuleux, on dirait un véritable dossier. L'écriture est

nette, fine, serrée, les lignes régulières, et si elles sont disposées dans plusieurs sens de façon à ne laisser aucun espace vide, elles gardent du moins leur régularité (délirants systématiques).

Dans d'autres cas tout différents, les écrits ne se composent que de chiffons de papier découpés ou ramassés n'importe où, de toute espèce et de toute grandeur. Ils sont couverts en tous sens de lignes irrégulières, tortueuses, se superposant, s'enchevêtrant de mille manières (maniaques, circulaires, déments, imbéciles). Quelquefois les mots ont une disposition allégorique en colonne, en figure géométrique. L'encre varie de couleur ou les caractères sont tracés avec du sang (délires systématiques). Certains passages sont écrits au crayon, avec des bouts d'allumettes (maniaques, déments). Ces differentes particularités se reproduisent quelquefois d'une façon identique dans tous les écrits du même malade. (Stéréotypies graphiques.) L'enveloppe qui renferme ces écrits est souvent couverte de cachets, ficelée avec soin; elle est même double ou triple (délires systématiques). Dans d'autres cas, les papiers ne sont cachetés qu'à l'aide d'une épingle ou d'une boulette de mie de pain (déments).

Les écrits révêtent le plus souvent la forme épistolaire, en rapport avec l'isolement même du malade. Beaucoup de ces lettres sont insignifiantes. D'autres plus caractéristiques révèlent l'inconscience où est le malade de son état, la faiblesse de son esprit, la tenacité de certaines idées, la variété des conceptions délirantes. Très fréquemment, les lettres prennent la forme d'une réclamation, d'une pétition, d'une circulaire adressée aux médecins, au parquet, aux pouvoirs publics, aux journaux. Ces réclamations sont parfois franchement absurdes; d'autres plus logiques en apparence, ne permettent pas moins de saisir un délire bien caractérisé. Mais il en est dans lesquelles l'aliéné dissimule, ou n'émet que des allégations vraisemblables bien que délirantes. Aussi est-il souvent besoin d'un examen approfondi pour juger de son état d'inconscience, de la nature vraiment délirante de ses interprétations.

La plupart de ces lettres ont des annotations, des post-scriptum réitérés, interminables.

L'indication du lieu d'envoi est souvent caractéristique, ironique, pompeuse, allégorique.

La date est ordinairement exacte ; quelquefois même l'heure est indiquée ; parfois au contraire, la date est oubliée.

La signature est également importante à examiner, accompagnée par exemple, de qualificatifs, de titres, de réflexions.

La suscription fournit encore des renseignements précieux, témoignant du délire du malade, de la naïveté, de l'absurdité des rapports existants entre lui et son correspondant souvent inconnu et même imaginaire.

Enfin, il est bon de noter la longueur et la quantité souvent colossale de ces lettres, lorsqu'elles émanent d'aliénés graphomanes.

Les écrits des aliénés prennent quelquefois la forme de simples notes reflétant leurs idées spéciales. Ce sont certainement les plus intéressants au point

de vue psychologique. Souvent même ce sont de véritables manuscrits, une monographie de la maladie écrite par le sujet lui-même.

Quelques malades tiennent aussi une sorte de journal de leurs impressions. D'autres composent des morceaux de littérature, très souvent sous forme de vers plus ou moins d'accord avec les règles de la prosodie. Il en est qui font des essais de philosophie et de morale, de sciences, des critiques, des satires. Dans leur esprit, cela est destiné à prouver la rectitude de leur jugement et ne montre au contraire que le manque d'équilibre de leur intelligence.

Les testaments mystiques et surtout olographes écrits par les aliénés peuvent fournir des éléments utiles d'appréciation médico-légale par l'écriture, la forme, le style, le contenu, réflétant parfois des désordres mentaux confirmés. L'examen comparatif avec les écrits antérieurs à la maladie est alors chose indispensable.

Il est d'ailleurs à remarquer que la valeur des écrits des aliénés est la plupart du temps toute relative et n'est pas en rapport direct avec leur degré de culture ou d'activité intellectuelle.

On a vu des gens instruits, des littérateurs devenus aliénés détester écrire et ne composer que des productions triviales. En revanche, des gens peu instruits, sous le coup d'un accès d'exaltation maniaque modérée, peuvent écrire dans un style aisé, et non sans éloquence, des idées qui surprennent leur entourage.

On a fait aussi cette remarque que beaucoup d'aliénés déments manifestaient plus d'incohérence en écrivant qu'en parlant. Dans d'autres cas (maniaques chroniques), où le discours oral ne se compose que de cris incohérents, on voit des lettres simples, mais sensées, à la condition de n'être pas trop longues.

Il faut se rappeler encore que certains individus ayant un intérêt quelconque à simuler la folie, écrivent des lettres d'une incohérence poussée à l'extrême, tandis que d'autres dissimulent avec soin leur délire dans leurs écrits. On voit également des exemples de lettres, les unes très sensées, les autres délirantes, écrites par les mêmes aliénés à quelques heures d'intervalles.

Il n'est d'ailleurs pas toujours facile de juger du caractère délirant d'un écrit. Beaucoup sont très logiques, très raisonnables en apparence, qui cachent un délire des mieux caractérisés, et ne reposent que sur des interprétations erronées qu'il s'agit de découvrir.

En revanche, beaucoup d'autres paraissent manifestement incohérents et pourraient faire penser à un état de démence incurable, qui ne traduisent en réalité que la pseudo-incohérence due à l'exaltation intellectuelle, aux troubles émotionnels, à l'obnubilation du maniaque, du mélancolique ou du confus.

Dans les cas les plus caractéristiques, on retrouve dans les écrits les mêmes particularités que nous avons indiquées dans le langage parlé : prédominance du thème délirant, expressions particulières à chaque délire, embololalie, formules spéciales cabalistiques, sentences, proverbes, allégories,

calembours, allusions, sous-entendus, expressions et phrases stéréotypées, néologismes.

Il en est de même des modifications du style, de la syntaxe. Mais de plus, il peut exister des modifications curieuses de l'orthographe. Elles se révèlent surtout par l'omission, la transposition, la répétition de certaines lettres ou syllabes dans le corps ou à la fin des mots (bégaiement de l'écriture), par des mots inachevés, par une orthographe fantaisiste.

Elles peuvent résulter de diverses causes, lorsqu'elles sont sous la dépendance de l'affection mentale et tout compte tenu de la culture intellectuelle du sujet. Tantôt elles sont dues à l'affaiblissement des facultés, tantôt à l'instabilité des idées, au défaut d'attention ; tantôt elles sont en rapport avec des idées délirantes. Dans ce cas, elles peuvent être simplement la traduction de phénomènes psychologiques inconscients, ou bien elles sont voulues par le malade qui les rattache à une idée spéciale. C'est ainsi que certains persécutés, pour résister à leurs ennemis, inventent les combinaisons cacographiques les plus étranges, se fabriquent un alphabet, une ponctuation, une accentuation à leur usage.

Les signes graphiques eux-mêmes viennent à se modifier du fait des troubles intellectuels. Les lettres sont parfois mal formées, hésitantes, à peine accentuées, inachevées, sinueuses (mélancoliques) ; ou hardies, très appuyées (maniaques); lourdes, malhabiles (déments); irrégulières, de grandeur inégale, ou revêtant la forme d'écriture en miroir (hytériques, aphasiques). Certains mots sont de grandeur différente, écrits en italique ou soulignés d'un ou de plusieurs traits. Ces mots spéciaux sont quelquefois agencés de façon à constituer une sorte de résumé de l'écrit (persécutés systématiques). D'autres fois on trouve des majuscules à tout propos, au commencement ou même au milieu des mots, un mélange de lettres de plusieurs idiomes ; une modification des signes graphiques de la langue usuelle (des T renversés, par exemple), des signes hiéroglyphiques. — En même temps, il peut y avoir absence tolale ou abus de ponctuation, de points d'exclamation, d'interrogation. Les caractères graphiques des signatures doivent être aussi bien examinés. La signature peut être tout en majuscules et soulignée d'un paraphe excentrique, etc.

Dysgraphies. — Elles résultent de troubles de la fonction langage et peuvent se diviser en *organiques et fonctionnelles*. Les premières rentrent dans le cadre de l'aphasie et nous ne pourrions que répéter à leur propos ce que nous avons déjà dit des autres formes d'aphasie chez les aliénés.

Les dysgraphies fonctionnelles peuvent se présenter sous la forme d'agraphie (mélancolie, stupidité, démence). Elles peuvent être dues à une amnésie plus ou moins complète, plus ou moins durable des images graphiques, qui la plupart du temps se trouve en relation avec d'autres troubles fonctionnels du langage. En pareil cas, il est toujours nécessaire de rechercher s'il ne s'agit pas simplement d'un état de faiblesse de l'attention, d'aboulie, d'une idée fixe, consciente ou subconsciente, d'une phobie spéciale, d'un affaiblissement

du pouvoir de synthèse mentale qui empêche le malade de formuler ses pensées ou de coordonner les mouvements nécessaires au tracé des signes graphiques.

Parmi les dysgraphies fonctionnelles, prennent place les *hallucinations verbales graphiques*.

Au dégré le plus simple, le malade a la perception exacte de mots à l'aide des représentations des mouvements adaptés de l'écriture (hallucination kinesthétique graphique simple). D'autres fois, il a en même temps la sensation que sa main exécute les mouvements nécessaires à l'écriture (hallucination motrice graphique). Dans des cas plus accentués, il se sent même poussé par une force intérieure à écrire malgré lui ; c'est l'impulsion graphique.

Les hallucinations ou impulsions graphiques existent rarement à l'état pur, mais se présentent le plus généralement sous la forme combinée. Elles se relient alors soit à une hallucination verbale auditive, soit plutôt à une hallucination verbale motrice d'articulation (persécutés, possédés, médiums, intuitifs ou psychographes). Cela n'a rien qui puisse surprendre lorsqu'on se rappelle les associations préétablies entre les différents centres correspondants du langage. Bien que je ne connaisse pas de cas ou l'hallucination graphique se combine avec une hallucination verbale visuelle, le fait ne me paraît nullement impossible.

Dans tous ces cas, le sujet peut se rendre un compte exact de la nature pathologique du phénomène ou bien lui donner une interprétation spéciale en rapport avec des idées délirantes.

Mais il existe d'autres cas dans lesquels l'inconscience est absolue ; c'est l'*écriture automatique* proprement dite, l'écriture *inconsciente*. Non seulement alors le sujet n'a pas conscience des mots qu'il trace involontairement, mais souvent même, il ne se rend pas compte qu'il exécute des mouvements d'écriture. Ce phénomène est surtout curieux, lorsqu'on voit les mots ainsi tracés constituer des phrases intelligibles (désagrégation psychologique, dédoublement de la personnalité, délires de possession, hystérie, médiums mécaniques).

Au point de vue des signes graphiques, l'écriture automatique diffère souvent de l'écriture consciente : elle est embarrassée, indéchiffrable ou affecte la forme spéculaire.

Troubles de l'écriture. — Ils résultent de différentes causes, indépendantes de l'état mental, qui peuvent agir sur l'exécution même, la coordination du mouvement et par suite sur le tracé des signes graphiques.

Parmi ces causes, il faut citer le manque d'exercice, d'éducation, comme chez l'idiot, l'imbécile (type infantile) ; l'existence de malformations congénitales ou accidentelles de la main et des doigts.

D'autres fois, les modifications de l'écriture résultent de paralysies flasques ou avec contractures ; de tremblements, symptômes d'une affection organique ou fonctionnelle du système nerveux central ou phériphérique, de certaines intoxications.

Dans ce groupe, nous signalerons plus particulièrement les modifications de l'écriture dans la paralysie générale.

L'écriture y est d'abord dysgrammatique, c'est-à-dire émaillée de fautes de sens et d'interversions, d'ellipses, d'oublis, de répétitions ; puis ataxique, c'est-à-dire altérée dans la forme des lettres (Schuele). A mesure que la maladie progresse, l'écriture, d'abord incertaine, devient de plus en plus tremblée, irrégulière parfois dans le tracé d'une même lettre. Les lettres ne sont que de véritable zigzags réunis sous des angles aigus, confus, brouillés, enjambant les uns sur les autres. Le tremblement peut exister avec une écriture encore assez régulière ; à la dernière période, le paralytique général ne peut plus même former des lettres et ne trace plus que des jambages, des traits heurtés et indéchiffrables.

Il est une maladie qui pourrait être considérée comme une véritable névrose de l'écriture, c'est la crampe des écrivains. Outre qu'elle peut se rencontrer chez certains psychopathes, elle est quelque fois confondue chez eux avec d'autres troubles de l'écriture qui la simulent plus ou moins, d'origine purement intellectuelle et rentrant dans le cadre des obsessions.

II. — LES ACTES DES ALIÉNÉS

La notion des actes, de la conduite de l'individu est sans contredit un des éléments d'appréciation les plus utiles au diagnostic de l'aliénation mentale.

Aussi est-on quelque peu surpris de ne rencontrer dans la plupart des traités classiques, aucun chapitre d'ensemble relatif à ce sujet ; cette lacune s'est trouvée comblée dans le manuel récent de Morselli qui fait une étude très remarquable de la conduite générale de l'aliéné. La question est des plus complexes : pour en donner, dans ce chapitre, une idée à la fois succincte et complète, nous ne croyons pouvoir mieux faire que de suivre, au moins dans ses grandes lignes, le plan tracé par cet auteur.

Considérée dans son ensemble, la conduite de l'aliéné présente deux traits principaux : d'abord, le manque d'adaptation, originel ou acquis, de l'individu aux conditions de milieu, d'existence, dans lesquelles il se trouve ; puis, le manque d'unité, de conformité qui existe soit en totalité, soit en partie, entre sa conduite actuelle et sa conduite antérieure.

Aussi lorsqu'on veut se rendre compte de la valeur exacte des actes d'un aliéné, est-il nécessaire en premier lieu de bien déterminer, par une enquête soigneuse, le *milieu* physique, familial, professionnel, social où il se trouve. On peut juger de l'importance de cette recherche et de l'influence considérable du milieu sur la conduite de l'aliéné, lorsqu'on se rappelle les modifications qu'elle subit chez le même individu du seul fait de la vie au dehors, en liberté, ou au contraire de l'isolement, de la discipline d'un milieu approprié à son état.

En second lieu, il importe de recueillir le plus de renseignements possibles sur la façon de se conduire du sujet dans les différentes éventualités de son

existence, c'est-à-dire, sur son caractère, sur ses habitudes familières en même temps que sur ses actes intentionnels, dans telle ou telle circonstance particulière, en face des incidents différents et imprévus de l'existence journalière.

A. — Les troubles pathologiques des actes dans les maladies mentales doivent être envisagés sous plusieurs aspects, d'abord comme manifestations de l'activité psycho-motrice générale.

C'est ainsi que l'on voit certains aliénés passer de l'idée à l'acte avec une facilité tout à fait extraordinaire. Cette hyper-activité psycho-motrice peut d'ailleurs être plus ou moins accentuée.

Dans les cas les plus légers, on n'a guère affaire qu'à une sorte d'exubérance s'accompagnant en même temps d'un état d'optimisme manifeste. Le malade témoigne à tout instant d'un besoin d'activité infatigable ; il se lance dans des spéculations hasardeuses, entreprend à la fois toutes sortes d'affaires disparates, entretient une correspondance des plus actives, se lance dans une vie de dissipation, de plaisir, se livre à des dépenses exagérées.

Cela s'observe dans les cas d'excitation maniaque simple, dans la période maniaque de la folie intermittente, dans cette forme de folie raisonnante que l'on a quelquefois qualifiée assez heureusement de « folie d'action ».

Cette hyper-activité psycho-motrice (hyper-boulie, Emminghaus) résulte de causes diverses que l'on peut avec Krafft-Ebing classer de la manière suivante. C'est d'abord la confiance en soi-même, pathologiquement exagérée et sans cesse entretenue par le sentiment que les capacités physiques et intellectuelles sont augmentées et qu'on peut arriver à tout. D'autres causes résident dans la suppression de toutes les représentations antagonistes d'entrave, de contrôle, telles que les idées d'utilité, de but etc. ; dans la variation des représentations nombreuses, mobiles, instables, et dans leur transformation plus facile en impulsions motrices.

Dans des cas plus accentués, la conduite devient absolument désordonnée ; souvent les actes ne manifestent plus de caractère intentionnel et le malade se livre à une agitation incohérente, vociférant, gesticulant, etc. C'est le cas des états maniaques simples ou symptomatiques, démence, paralysie générale, alcoolisme aigu, épilepsie, folie intermittente etc. En pareille circonstance et dans les cas extrêmes, il n'est pas rare de voir des actes se manifester comme de véritables décharges motrices, d'une instantanéité tout à fait surprenante et qui enlève à ces actes, déjà involontaires, tout caractère conscient. Tels sont ceux que l'on désigne sous le nom de *raptus* (mélancoliques, épileptiques, délire alcoolique...).

En regard et dans un sens diamétralement opposé, prennent place les cas dans lesquels le passage de l'idée à l'acte ne se fait plus qu'avec une lenteur, une difficulté plus ou moins évidentes. Le malade ne fait plus preuve d'aucune initiative, surtout à propos des actes nouveaux, imprévus et même parfois à propos d'actes habituels et familiers.

Ces états d'inertie se rencontrent dans des circonstances diverses et sous

l'influence de causes très différentes. Chez les idiots, les imbéciles, les déments, les stupides, l'inertie n'est que la conséquence de l'absence, de la perte définitive ou de la suspension momentanée de l'activité intellectuelle, de l'indifférence profonde dans laquelle est plongé le malade qui ne vit plus que de la vie végétative.

Chez d'autres aliénés qui présentent une attitude passive assez semblable en apparence, l'inertie reconnnaît des causes bien différentes. Ce sont ces cas que l'on qualifie d'ordinaire du nom d'aboulie.

L'exemple le plus net nous est fourni par le mélancolique simple, irrésolu, indécis à tout propos, s'exagérant le moindre obstacle, appréhendant toute sorte de responsabilités imaginaires, pénétré du sentiment douloureux de son impuissance, se lamentant sur son incapacité.

Dans des cas plus caractérisés, le malade finit par délaisser toutes ses occupations habituelles, négligeant ses intérêts, incapable de pourvoir à ses besoins, même les plus élémentaires, se détachant de tout pour s'isoler en lui-même, et souvent incapable de faire les efforts nécessaires pour se vêtir, pour s'alimenter, finissant par se confiner dans son lit. (Mélancolie dépressive, confusion, stupeur, manie lectuaire.)

Cette sorte d'entrave apportée aux manifestations extérieures de l'activité psychique peut résulter de causes variables et multiples (Krafft-Ebing). C'est d'abord la conviction qu'a le malade d'être dans l'impossibilité d'atteindre à ce qu'il désire. Tel est le cas du mélancolique en raison même du changement survenu dans son état cénesthétique général, et du sentiment de faiblesse, de diminution du moi qui en résulte. — Une autre cause est la douleur morale, le sentiment pénible qui chez ce même malade, accompagne le moindre effort d'activité psychique et lui fait éviter l'action, comme un malade souffrant de névralgies évite instinctivement de provoquer des mouvements dans la région douloureuse.

D'autres causes encore sont les troubles de la synthèse mentale. L'acte à exécuter n'est pas perçu, n'est pas compris dans ses divers éléments par la conscience personnelle et la représentation n'est pas assez nette, assez puissante pour pouvoir agir comme stimulus du mouvement. Ou bien le malade s'abstient en raison de l'indécision amenée par des représentations contradictoires.

Il est enfin des cas où l'inertie du sujet est toute volontaire, résultante logique d'hallucinations ou d'idées délirantes spéciales.

B. — Les actes de l'aliéné doivent être envisagés encore à un autre point de vue, comme manifestations extérieures, objectives des anomalies congénitales ou des troubles accidentels, acquis, du *caractère individuel.*

C'est ainsi que le mélancolique simple déprimé se montre généralement doux, facilement résigné; l'anxieux au contraire est souvent contrariant, entêté, enclin à l'opposition, à la résistance systématique. On cite souvent aussi la bienveillance, la générosité, l'optimisme expansif du paralytique général, en l'opposant au caractère difficile, violent, égoïste du circulaire (Régis); la docilité

du confus qui se laisse aisément « gourmer et conduire » (Delasiauve); le négativisme du catatonique, l'indifférence du dément, la perversité de l'imbécile, la violence de l'épileptique, la vanité du mégalomane, la méfiance du persécuté, la jalousie de l'alcoolique sont également bien connues.

On a souvent répété avec juste raison que les aliénés étaient presque toujours des égoïstes; mais cet égoïsme prend suivant les cas des teintes variées : telle l'autophilie soupçonneuse et vindicative, le caractère égocentrique du délirant systématique, l'indifférence distraite du mélancolique, de l'hypochondriaque; l'apathie du dément, la négligence du paralytique, la fourberie du raisonnant, l'hypocrisie de l'imbécile, le sans-gêne du maniaque, etc.

Dans bon nombre de cas, le début ou la modification d'un état psychopathique s'annonce par des prodromes qui se manifestent par des changements dans la conduite, les habitudes, le caractère de l'individu.

Il se montre tout différent de ce qu'il était auparavant, n'a plus souci de ses parents, de ses amis, de ses devoirs, des convenances sociales, commet toute sorte d'actes extravagants, etc. Il devient bizarre, irascible, versatile, turbulent, violent même à l'occasion. D'autres fois, il se montre inquiet, ayant lui-même conscience du désordre qui l'atteint, du péril qui le menace; soupçonneux, tacitune, mécontent de lui-même et des autres, superstitieux, dévot, etc.; ou bien il tombe dans l'indifférence, se désintéresse de tout, ne manifestant aucun désir, aucune spontanéité. Dans d'autres cas, il adopte petit à petit une nouvelle manière de vivre, en rapport avec une idée fixe quelconque qui le domine, envahit sa conscience de plus en plus et à laquelle il conforme ses paroles, son attitude, ses actes, sa conduite.

Ces modifications sont souvent remarquées même par l'entourage du malade lorsqu'elles contrastent avec sa manière d'être antérieure. Mais d'autres fois, la maladie mentale, se développant sur une personnalité déjà anormale, ne fait qu'exagérer des tendances préexistantes. Nous ne pouvons d'écrire ici en détail tous les traits particuliers des constitutions psychopathiques congénitales qui intéressent le caractère et se traduisent dans la manière d'être extérieure. Nous rappellerons seulement que ces déséquilibrés se font remarquer par l'irrégularité, l'impulsivité, le manque d'équilibre de leur conduite, leur caractère instable, « ondoyant et divers », faible, accessible à toutes les suggestions étrangères, distrait, romanesque, impressionnable; leur esprit de contradiction, leur tendance au mensonge, leurs excentricités, leurs manies puériles, bizarres, leur misonéisme, leur imprévoyance, leur entêtement borné, leur susceptibilité ombrageuse, leur vanité incroyable ».

C. — C'est surtout dans ces circonstances que l'on voit se manifester certains troubles particuliers des actes résultant du défaut d'unité et de stabilité du caractère (Ribot), du manque d'association systématique des éléments psychiques (Paulhan), du défaut de synthèse, de la désagrégation psychologique (P. Janet). En première ligne se placent les *actes impulsifs* ou *impulsions pathologiques.*

A l'état normal, nous savons que tout fait psychique tend à s'associer ceux

qui avec lui peuvent former un système, et en même temps à empêcher de se produire et de se développer ceux qui ne peuvent s'harmoniser avec lui pour une fin commune.

Il n'en est plus ainsi lorsque du fait d'un trouble acquis ou d'une constitution psychopathique congénitale il vient à se produire un état plus ou moins accentué de dissociation, de désagrégation psychique. D'une part le pouvoir de synthèse mentale s'affaiblit, et d'autre part, en raison même de cet affaiblissement certains faits psychiques se groupent en synthèses partielles qui se détachent de plus en plus de la conscience personnelle, tendent à devenir autonomes et finissent même par être, à un moment donné, prépondérants. S'il est vrai qu'à l'état normal, l'idée tend déjà naturellement à se transformer en mouvement, il s'en suit que dans les cas pathologiques, cette tendance se trouvera singulièrement facilitée; le mouvement se produira de lui-même presque fatalement, l'acte réfléchi fera place à l'acte impulsif.

Si telle est la condition première des actes impulsifs, ils peuvent se rattacher à des symptômes psychiques différents suivant les états pathologiques dans lesquels ils se manifestent.

Tantôt, ils dépendent d'états émotionnels conscients ou subconscients; tel est par exemple, le cas du mélancolique en proie à la douleur morale, et qui sous cette influence ne sort guère de son état d'aboulie habituelle que pour réagir sous forme d'actes impulsifs, de raptus. Tel est aussi le cas du « phobique », arrivant bon gré malgré à accomplir les actes que lui commande son « délire émotif » particulier.

D'autres fois, l'acte impulsif n'est plus que la manifestation de la vie instinctive devenue prépondérante, sans contrepoids par suite de l'état de débilité intellectuelle congénitale ou d'affaiblissement acquis, démentiel des facultés supérieures.

Chez les aliénés délirants, la plupart des actes impulsifs sont la conséquence directe des troubles intellectuels. Tantôt ce sont des illusions ou des hallucinations sensorielles qui commandent l'impulsion. Le malade entend des voix impérieuses qui l'invitent à accomplir des actes extravagants ou violents sur lui-même, ou sur les choses et les personnes qui l'entourent. Ou bien il croit voir autour de lui des ennemis, des individus armés, des animaux effrayants, et ces visions pathologiques le poussent à se défendre ou à s'échapper de la manière la plus inattendue, fût-ce au péril de sa vie. Les hallucinations motrices peuvent être, elles aussi, l'origine d'actes impulsifs parfaitement irréfléchis et nous avons vu dans le chapitre précédent que ces symptômes particuliers et les impulsions sont des phénomènes de même nature.

Les idées délirantes de diverses catégories peuvent être également le point de départ d'actes pathologiques. Toutefois, le caractère impulsif de ces actes n'est pas toujours aussi net en ce cas que dans les précédents. Souvent même l'acte apparaît comme combiné, réfléchi, logique et semble n'être pathologique que par son point de départ, l'idée délirante qui lui a donné naissance.

Il est toutefois des cas bien nets dans lesquels on voit un phénomène d'idéation donner naissance à un acte impulsif caractérisé. C'est ce que l'on

observe en particulier dans les idées obsédantes, ou dans les idées fixes subconscientes.

Ce dernier cas nous amène à ceux dans lesquels les actes impulsifs se révèlent comme de pures manifestations de l'automatisme psychologique. Ils peuvent avoir alors l'apparence d'actes intelligents accomplis dans un but déterminé, mais ils ne sont pas assimilés par la perception personnelle, et s'exécutent en dehors de la volonté consciente du sujet; ce sont en un mot des actes subconscients. Ils peuvent se présenter sous une forme très compliquée, nécessitant des associations très complexes d'éléments psychiques divers. Dans certaines circonstances ils se succèdent ainsi avec tant de précision qu'il est presque impossible de les distinguer par eux-mêmes des actes de l'existence normale. Ce n'est que par leurs caractères intrinsèques, leur contraste avec les actes habituels du sujet, par l'amnésie, l'inconscience qui les suit, qu'on les voit se détacher de cette existence pour former en quelque sorte une vie seconde, presque ou totalement indépendante de la première avec laquelle elle peut alterner sans se confondre (hystérie, épilepsie, délires toxiques, confusions mentales).

Les actes impulsifs se distinguent encore par d'autres caractères. C'est ainsi que l'on a donné comme preuve de leur nature pathologique l'absence du caractère d'*utilité* (Blocq et Onanoff), en ce qu'ils ne comportent que des réactions mal adaptées à l'intérêt de l'individu ou de l'espèce.

Un autre caractère, c'est leur irrésistibilité, dépendant de diverses causes, telles que leur autonomie dans la vie mentale de l'individu, l'absence ou l'insuffisance de tendances antagonistes; puis leur persistance, leur réitération, l'accompagnement émotionnel qui leur fait cortège d'ordinaire, enfin leur contenu même (Morselli). J'ai déjà fait remarquer sur ce dernier point que l'irrésistibilité d'un même acte impulsif pouvait varier suivant les cas, en raison des différents éléments psychiques qui constituent l'idée correspondante. Tel individu, par exemple, hanté par l'homicide, sera moins irrésistiblement porté à l'accomplir s'il visualise simplement son idée, que s'il y pense à l'aide des représentations motrices correspondantes à l'acte même.

Cette irrésistibilité de l'acte impulsif est de toute évidence lorsqu'il s'agit des impulsions inconscientes ou subconscientes dont le malade ne garde aucun souvenir, et se montre ensuite stupéfait, honteux, désolé. Elle est aussi mise en lumière dans les impulsions conscientes par les explications mêmes du malade accusant son impuissance, la fatalité invincible de l'acte qu'il lui « fallait accomplir ». Les hallucinés délirants eux-mêmes, qui se prétendent commandés par des hallucinations impératives, influencés et violentés par des puissances tyranniques, fournissent encore la même indication.

Lorsqu'on les envisage au point de vue de l'état concomitant de la conscience, les actes impulsifs peuvent se classer en différentes catégories.

Il importe de mettre à part les actes accomplis délibérément, d'une façon logique, par certains aliénés (les persécutés, par exemple), et qui ne diffèrent alors des actes d'un individu sain que par leur point de départ, conceptions délirantes ou hallucinations acceptées pour réelles et exactes par le sujet.

De même, il faut encore distinguer les actes plus ou moins impulsifs commis par certains débiles ou déséquilibrés, exécutés par eux avec toute la lucidité d'esprit dont ils peuvent disposer, mais dénotant une absence plus ou moins complète de conscience morale.

Ces faits une fois éliminés, si l'on considère les actes impulsifs dans leur rapport avec l'état de la conscience personnelle, on peut les classer en trois catégories.

Dans la première prennent place ceux qui sont totalement inconscients. Le malade, au moment même où il accomplit son acte, agit en véritable automate dans une sorte de crise momentanée, au cours de laquelle tous les faits psychiques qui se produisent, perceptions, émotions, volitions, ne sont point assimilés par la conscience personnelle, restent en dehors de ce consensus de faits psychiques qui constituent son moi, sa personnalité normale. Aussi, une fois cette crise passée, ne conserve-t-il pas le souvenir de ce qu'il a pu sentir, penser ou exécuter pendant sa durée. Le type des actes impulsifs de ce genre nous est fourni par l'épilepsie. Outre l'inconscience qui les accompagne, l'amnésie qui les suit, ils ont encore comme caractères distinctifs leur instantanéité, leur violence, la régularité automatique de leur exécution, leur répétition uniforme au cours de crises différentes, leur brutalité.

Les mêmes troubles de la conscience personnelle se rencontrent aussi chez les hystériques, à la faveur de cet état de désagrégation particulier si bien étudié par Pierre Janet et qui constitue le fond de l'état mental de ces malades. Les actes auxquels ils se livrent pendant leur somnambulisme restent absolument distincts de leur conscience personnelle. Une fois revenus à leur état normal, ils ne s'en souviennent pas. Ils ont vécu pendant ce temps d'une sorte de vie seconde, distincte de leur vie normale et dont ils ne retrouveront le souvenir qu'au retour d'une nouvelle crise. Dans leur état normal même, sous l'influence d'un simple état de distraction, on les voit souvent accomplir des mouvements, des actes déterminés dont ils n'ont aucune conscience au moment même où ils les accomplissent.

Une autre catégorie comprend des actes impulsifs du même ordre, non plus totalement inconscients, mais subconscients. Sans être absolument autonomes, détachés de la conscience personnelle, ils n'ont avec elle que des rapports de contact, mais ne la pénètrent pas. Fréquents aussi dans l'hystérie, on les trouve dans tous les états mentaux, accompagnés d'un état d'obnubilation intellectuelle, de confusion mentale plus ou moins prononcée (mélancolie avec stupeur, confusion mentale, démence aiguë, délires hallucinatoires, délires toxiques ou infectieux).

Enfin, une dernière catégorie comprend les impulsions dites conscientes, en ce sens que le malade se rend compte de leur nature pathologique et lutte péniblement contre elles.

J'ai fait remarquer que dans ces cas il y avait toujours en réalité division, désagrégation de la conscience personnelle, puisque l'impulsion représente une synthèse partielle tendant de plus en plus à l'autonomie et finissant même par dominer, obnubiler la conscience personnelle au moment de son exécution.

Le dipsomane qui cède à son impulsion, abandonnant sa famille, ses affaires, vendant ses vêtements pour boire jusqu'à l'ivresse et même l'alcoolisme; le délirant du toucher qui se lave indéfiniment les mains pour avoir effleuré un bouton de porte ou rencontré un enterrement, peuvent-ils passer pour avoir eu à ce moment la conservation de toute leur conscience?

Évidemment non. Alors qu'ils se laissent aller à la satisfaction de leur penchant, c'est qu'ils y sont totalement adaptés. La vaste synthèse psychique qui constituait leur conscience personnelle, s'est trouvée effacée un instant devant la synthèse nouvelle correspondant à l'idée obsédante, de plus en plus précise et absorbante. Si pour un moment tous les éléments psychiques ont convergé vers un même but, s'ils semblent s'être groupés en une seule synthèse, en un état de conscience unique, celui-ci n'est justement que le dernier terme d'épanouissement de la synthèse pathologique, la manifestation la plus nette de l'asservissement et de l'éclipse momentanée de la conscience personnelle chez un sujet qui, pour un instant plus ou moins long, fut un véritable délirant.

Cette désagrégation psychologique, cette division de la conscience qui atteint son maximum dans la crise impulsive, n'en existe pas moins dans les intervalles, comme en puissance, constituant une sorte de diathèse mentale particulière qu'on pourrait appeler avec Tanzi, la diathèse d'incoercibilité psychique.

Je m'empresse d'ajouter que les faits psychiques qui constituent l'idée obsédante ne *sont pas totalement* subconscients et indépendants, comme cela arrive dans d'autres formes de désagrégation mentale, l'hystérie, par exemple.

Ils ne sont abandonnés qu'en partie à leur développement automatique, ils envahissent à chaque instant la conscience, se mêlant aux autres pensées.

C'est là la note particulière de l'obsession, de l'impulsion dites conscientes, qui fait que l'individu peut se rendre compte de ce qu'il éprouve, peut même l'analyser assez exactement; mais cela ne veut dire en aucune façon qu'il soit complètement conscient au sens strict du mot. L'obsédé impulsif est conscient d'un côté, qu'il est inconscient de l'autre.

L'impulsion dite consciente reconnaît encore différents caractères cliniques que je ne ferai qu'énumérer. Elle est obsédante, irrésistible, paroxystique, accompagnée dans le paroxysme d'un état d'angoisse très pénible, et suivie après son exécution d'un sentiment de bien-être, de détente.

Elle se présente en général comme trouble pathologique isolé chez des individus d'ailleurs non délirants. Mais elle peut se trouver aussi incorporée à des délires de diverse nature. Elle conserve dans ce cas les mêmes caractères cliniques et psychologiques. Elle diffère simplement par la valeur qu'elle acquiert aux yeux du malade, qui tout en se rendant compte encore de la nature du phénomène qu'il éprouve, l'interprète dans le sens de son délire et l'attribue, par exemple, à l'influence d'ennemis, de puissances mystérieuses.

Il n'est pas rare en pareil cas de voir le malade chercher à empêcher ou à corriger l'impulsion par d'autres actes plus ou moins bizarres, auxquels il attribue une valeur particulière d'antagonisme, et qui souvent se rattachent à des idées spéciales de préservation et de défense.

On observe encore souvent dans les mêmes circonstances des phénomènes absolument inverses. Si par instants les sujets se prétendent poussés à exécuter tel ou tel acte sous l'influence d'une force étrangère plus puissante que leur volonté, ils se plaignent en même temps que la même influence les empêche d'agir à leur gré et met obstacle à l'exécution des actes volontaires les plus simples. C'est là un phénomène d'arrêt, d'inhibition, comparable à celui que l'on observe dans le domaine des hallucinations (hallucinations négatives) et que l'on désigne quelquefois, par analogie, du terme assez impropre d'*impulsion négative*.

À côté des impulsions, nous devons une mention à deux variétés de phénomènes psycho-moteurs assez fréquents chez les aliénés.

Ce sont d'abord les *tics*, et nous admettons ici avec Brissaud que le tic n'est point un simple mouvement involontaire où il est impossible de reconnaître la moindre systématisation fonctionnelle, mais nécessite l'intervention de mouvements musculaires, combinés, systématisés; qu'il n'est point, comme le spasme, un phénomène exclusivement réflexe, mais un acte cérébral d'origine corticale.

Puis les *mouvements systématisés* (Brugia et Marzocchi) ou *stéréotypés* (Krœpelin, Wernicke, Ricci...), qui constituent une des variétés les plus importantes des manifestations de l'automatisme cérébral. Ce sont des actes ou des mouvements combinés qui primitivement voulus, dictés par une idée spéciale, exécutés dans un but déterminé, en un mot systématisés, finissent par se répéter à toute occasion automatiquement chez le même malade, sous la même forme stéréotypée, souvent un nombre indéfini de fois. On les observe ordinairement chez les déments, les paranoiaques chroniques, les paralytiques généraux, les imbéciles, les épileptiques, et dans tous ces cas, ils se développent en tant que symptôme d'un état plus ou moins grave d'affaiblissement intellectuel (Mondio, Cahen).

D. En regard des impulsions ou, comme l'on dit quelquefois, des troubles de la volonté d'arrêt, se placent d'autres phénomènes d'apparence tout opposée, mais reconnaissant la même origine fondamentale, l'affaiblissement du pouvoir général de synthèse psychique. Ce sont les aboulies ou troubles de la volonté d'action.

« Le mot aboulie (αβουλη) désigne d'une façon générale les altérations, les diminutions de la volonté. Il s'applique à la paresse, à l'hésitation, à l'impuissance dans les actes, comme à la lenteur, à l'indécision, à l'absence d'attention pour les idées. » (Pierre Janet.) Bien que fréquemment observé par les aliénistes dans des circonstances diverses, chez les mélancoliques, les neurasthéniques, les hystériques, les confus, les intoxiqués, les obsédés, ce phénomène n'en est pas moins encore bien peu connu dans son essence même et sous ses formes variées.

Au point de vue clinique, la division proposée par P. Janet est celle qui nous paraît correspondre le mieux aux faits d'observation.

Nous diviserons donc, avec cet auteur, les aboulies en *systématisées, localisées, généralisées*.

Les aboulies systématisées sont des impuissances de la volonté portant seulement sur un acte particulier ou sur un système d'actes spéciaux (parler, écrire, marcher, se lever, exécuter les actes professionnels, etc.).

Les aboulies localisées sont beaucoup moins connues. Sous ce titre, P. Janet range plusieurs faits d'ordres différents, et désigne soit des états d'aboulie momentanés et périodiques, soit des impuissances localisées, non plus à certaines actions, mais à des mouvements particuliers de tel ou tel membre, soit des aboulies résultant de la mise en jeu d'images mentales moins familières que d'autres à certains malades.

Les aboulies généralisées portent simultanément sur toutes les actions et toutes les pensées. Elles se présentent sous deux aspects presque toujours réunis, mais que la description peut séparer : les aboulies motrices et les aboulies intellectuelles.

Dans les formes les plus légères d'aboulie motrice, les actes volontaires deviennent seulement pénibles, lents, de courte durée et entre-coupés d'arrêts innombrables. Les malades éprouvent surtout une peine énorme à prendre une décision et bien souvent cette résolution si difficile ne leur sert à rien, car ils n'achèvent jamais ce qu'ils commencent.

Dans les formes plus accentuées, tout acte, même le plus simple, se lever, marcher, prendre un objet, devient presque impossible au malade qui arrive à un état d'inertie presque permanente.

Mais la volonté n'a pas une action uniquement motrice ; elle joue un rôle essentiel dans l'intelligence. « Quand on la considère à ce point de vue, la volonté prend le nom d'attention et son résultat principal est de nous faire comprendre en les synthétisant les phénomènes psychologiques inférieurs, sensations et images, de nous donner l'intelligence des choses. » (P. Janet.) Cette forme de la volonté est troublée comme l'autre chez les abouliques; c'est l'aboulie intellectuelle, l'aprosexie que l'on rencontre à des degrés divers dans le doute, la confusion mentale, etc.

Elle peut être plus ou moins accentuée. Dans les formes complètes, le malade est incapable de lire, de parler, de suivre une conversation, même de percevoir exactement les objets extérieurs. Dans ces cas, il reste en général calme, indifférent. Mais dans les formes atténuées, s'il est capable de tenter encore quelques efforts, on peut observer des troubles plus complexes. L'exercice de l'attention, lente, difficile à fixer, s'accompagne de souffrances diverses, maux de tête, « inquiétudes », de phénomènes moteurs, tics, grimaces, etc... L'effort, de très courte durée, est suivi d'accidents divers, céphalalgie, asthénopie passagère, obnubilation mentale, phénomènes spasmodiques.

P. Janet a signalé encore, à propos des aboulies hystériques en particulier, un certain nombre de caractères que nous devons rappeler, car ils se retrouvent toujours, du moins en partie, dans les aboulies liées à d'autres affections mentales.

C'est d'abord la conservation des actes anciens, qui sont encore possibles par cette raison même qu'ils s'exécutent d'une façon automatique. Ce sont

des actes déjà voulus autrefois et dont l'exécution ne réclame que la répétition d'une ancienne synthèse d'images déjà liées, associées ensemble. En revanche il y a perte des actes appelés volontaires qui sont, eux, des actes nouveaux, et c'est cette nouveauté même qui, beaucoup plus que leur complexité, nécessite pour leur exécution, non plus une association automatique, mais une synthèse nouvelle, un effort de création, impossibles à l'aboulique.

Un autre caractère est la conservation des actes subconscients et la perte de la perception personnelle des actes.

« Les actes nouveaux adaptés à des circonstances variables et complexes exigent une synthèse plus délicate et plus actuelle ; ils sont les premiers atteints. Les actes anciens qui sont dus à d'anciennes synthèses, et qui se répétent aujourd'hui presque sans modifications ne sont presque pas altérés. Mais, qu'il s'agisse des uns ou des autres, l'altération porte surtout sur un phénomène qui est toujours nécessairement une synthèse actuelle, puisqu'il doit se former de nouveau à chaque moment de la vie, c'est la perception personnelle des actes, l'assimilation des actions nouvelles à la grande notion de la personnalité ancienne. »

Ces états d'aboulie ne sont pas sans entraîner à leur suite d'autres phénomènes qui en sont comme la conséquence naturelle : continuation monotone d'une même action habituelle, impulsions irrésistibles, idées fixes, altérations de la notion de la personnalité provoquant des délires plus ou moins complexes.

Le diagnostic psychologique précis de l'aboulie n'est pas toujours chose aisée, en raison même des divergences d'opinion qui règnent parmi les auteurs, à propos du mécanisme intime du phénomène.

Ainsi que le fait remarquer P. Janet lui-même, toute action est un phénomène psychologique très complexe et renferme surtout deux parties principales : la volonté de l'action, l'effort volitionnel, et son exécution. Quand un acte a disparu, il n'est pas facile de dire si c'est en raison du « non-vouloir » ou du « non-pouvoir ».

Chez l'homme normal ces deux phénomènes se touchent presque à se confondre. Mais dans certaines conditions, d'après les observations des malades eux-mêmes, la distinction est nécessaire et l'on doit séparer l'individu, qui se représente l'action à accomplir, mais qui ne trouve plus dans son esprit les moyens de l'effectuer, de l'aboulique qui ne conçoit pas l'action et qui ne fait aucun effort. C'est d'après cette distinction que l'on a pu dire que le non-vouloir se rencontre plus fréquemment dans les aboulies généralisées et le non-pouvoir dans les aboulies systématisées (Rivière).

Si l'interprétation de P. Janet attribuant toutes les aboulies à un trouble de la conscience personnelle, caractérisé par la diminution du pouvoir de synthèse, peut s'appliquer facilement aux dernières formes, en est-il de même pour les autres ?

Il est à remarquer que cet auteur semble négliger certaines causes regardées comme primordiales par d'autres (Ribot) admettant que dans

l'aboulie la coordination plus ou moins complexe d'un groupe d'états psychiques constituant la volition est suffisante, et que la cause première du phénomène réside dans l'insuffisance de l'effort volitionnel, par suite de l'absence de sentiments, d'appétits correspondant à l'idée même de l'acte.

Sans entrer dans la discussion de la question, il importe de remarquer que les aboulies se rencontrent en général dans des états morbides caractérisés par une dépression notable des actions vitales, légère ou profonde, fugitive ou durable, à laquelle correspond toujours forcément un affaiblissement général de la sensibilité morale, du ton émotionnel.

Il est des cas dans lesquels l'action peut être supprimée par une idée, une émotion fixe qui s'y opposent (Billod). Certains auteurs continuent à voir là un phénomène d'aboulie, les autres s'y refusent. Quoi qu'il en soit, nous ferons remarquer que si telle ou telle action déterminée se trouve ainsi entravée par l'idée fixe, il n'y a là qu'un phénomène en retour, puisque l'idée fixe elle-même ne peut se développer que grâce à un état préexistant d'aboulie.

Il en est de même dans les cas où le trouble aboulique se présente comme un phénomène d'arrêt (Langle, Cotard), que certains auteurs (Paulhan, Raggi) rattachent à la prédominance d'associations par contraste (contraste psychique). Au moment d'accomplir un acte, les malades auraient dans l'esprit, automatiquement, l'idée opposée à l'acte qu'ils veulent faire, et cette idée arrêterait leur action. Mais le contraste psychique lui-même n'est pas un phénomène primitif et reconnaît toujours comme substratum le défaut de synthèse, permanent ou épisodique, partiel ou général, de cet agrégat d'éléments qui constituent la conscience personnelle (de Sanctis).

E. Il nous est impossible ici d'examiner en particulier, au point de vue séméiologique, chacun des actes morbides auxquels peut se livrer l'aliéné.

Nous nous contenterons de les énumérer d'une façon rapide et de rappeler les principaux troubles pathologiques que l'on peut retrouver à leur origine.

Les actes des aliénés peuvent se rattacher d'une façon immédiate à d'autres phénomènes psychiques :

1° *Troubles des sensations*. — Anesthésie ou hyperesthésie et surtout analgésie ou hyperalgésie.

2° *Troubles de perception*. — Sensations faussement interprétées, illusions, hallucinations amenant le plus fréquemment des actes rapides, inattendus, violents.

3° *Troubles de la mémoire*. — Provoquant des actes généralement absurdes et incohérents.

4° *Troubles du sentiment*. — Dépression, exaltation, irritabilité, versatilité de l'humeur, etc.

5° *Troubles de la volonté.* — Aboulie, impulsions, instincts.

6° *Troubles de l'idéation.* — Les actes provoqués par les troubles de l'idéation peuvent être divisés en deux groupes (Ziehen). Le premier comprend les actes en rapport avec les troubles de formation, d'association des idées. Il en est de trois espèces suivant qu'il y a retard, accélération ou enfin incohérence de l'activité psychomotrice. Le second groupe comprend les actes dus à des troubles logiques ou de contenu des idées. Là prennent naturellement place les actes volontaires et conscients, inspirés par des délires variés, ou résultant de l'affaiblissement intellectuel.

Pour avoir une idée d'ensemble des actes complexes par lesquels peut se distinguer la conduite de l'aliéné, le mieux, croyons-nous, est de se reporter à la classification donnée par Spencer, introduite en psychiatrie par Mercier, adoptée à peu de chose près par Morselli et que nous reproduisons succinctement dans le traitement suivant :

1° *Actes concernant la conservation individuelle.*

INSTINCT DE NUTRITION.	Augmenté : Voracité, boulimie ; mérycisme. Diminué : Anorexie, sitiophobie ; manie du jeûne. Perverti : Préférence ou répugnance pour certains aliments ou liquides, dipsomanie, etc. Ingestion de substances diverses non alimentaires, géophagie, scatophagie, etc.
INSTINCT DE CONSERVATION.	Augmenté : Nosophobie, thanatophobie, craintes du milieu physique extérieur, toxicophobie, rupophobie, etc. Diminué : Auto-mutilations, suicide, indifférence au milieu physique, au froid, à la chaleur. Perverti : Algophilie.

2° *Actes concernant la reproduction et la conservation de l'espèce.*

INSTINCT SEXUEL.	Augmenté : Précocité ou permanence anormale (exhibitionisme des vieillards), hyperesthésie sexuelle, priapisme, satyriasis, nymphomanie. Diminué : Hypo ou anesthésie sexuelle, mysogynie, androphobie, anaphrodisie, érotomanie. Perverti : Perversions sexuelles diverses, inversion sexuelle.

3° *Actes concernant les relations matérielles de l'individu avec le milieu social.*

CAPACITÉ AU TRAVAIL.	Activité désordonnée, diminution de l'activité ou inertie absolue, instabilité, travail automatique.

INSTINCT DE PROPRIÉTÉ.	Diminué : Indifférence, prodigalité, impulsions destructives. Augmenté : Jalousie, crainte du vol, manie des achats. Perverti : Kleptomanie, collectionnisme.
INTÉRÊTS JURIDIQUES.	Folie processive et manie des querelles.

4° *Actes concernant les relations affectives de l'individu avec le milieu social.*

DANS LA FAMILLE.	Misogamie, misopédie, inadaptation aux obligations réciproques de la vie de famille. Isolement, fugues et vagabondage, diminution ou perte des sentiments familiaux, exagération de ces mêmes sentiments, jalousie morbide, uxoricide, libericide, suicide collectif.
DANS LA VIE SOCIALE.	Négligence ou excentricité de la tenue, mépris des convenances et des règles du savoir-vivre. Sentiments altruistes : égoïsme, misanthropie, générosité, suggestibilité, tendances aux violences, coups et blessures, homicide. Sentiments de justice : calomnie, vol, pyromanie, exagération des intérêts et droits particuliers, réclamations, scandales, actes de vengeance destinés à attirer l'attention publique, pseudo-chantage, processomanie. Sentiments de solidarité : nostalgie, zoophilie, pseudo-réformateurs, régicides, dispositions testamentaires étranges.

5° *Actes concernant les sentiments religieux et esthétiques.*

SENTIMENTS RELIGIEUX.	Folie du doute, superstitions, démonomanie sous ses formes diverses, manie du jeûne, mutilations, suicide, homicide, exagération maladive des pratiques religieuses, amulettes, illuminisme, visionnaires, prophètes et fondateurs de religions extravagantes.
SENTIMENT ESTHÉTIQUE.	Productions littéraires, compositions artistiques, sculpture, peinture, dessins, palimpsestes, tatouages, symbolisme.

III. — DÉPRESSION ET EXCITATION. — ÉTATS CÉNESTHÉTIQUES MORBIDES

1° Les termes de dépression et d'excitation, envisagés dans leur acception la plus générale, peuvent servir à désigner tous les états psychopathiques, dans lesquels on rencontre, d'une façon transitoire ou prolongée et à un degré quelconque, un complexus symptomatique caractérisé par ces trois ordres de symptômes connexes.

a. Dans les états de dépression.

1° Une diminution, un ralentissement de l'activité intellectuelle.

2° Un état émotionnel pénible, dépression morale, tristesse, découragement, crainte, anxiété.

3° Une diminution dans l'activité des différentes fonctions organiques.

b. Dans les états d'excitation.

1° Une exaltation (au moins apparente) des facultés intellectuelles.

2° Un état émotionnel agréable.

3° Au point de vue physique, une suractivité fonctionnelle, principalement dans le domaine de la vie de relation.

Elle peut d'ailleurs être plus ou moins accentuée. Lorsqu'elle se manifeste à peine, on se sert de préférence, pour désigner l'état des malades, des termes d'exaltation ou d'excitation mentale, réservant aux cas où elle vient à s'accentuer, et suivant son degré d'intensité, les termes d'*expansion* ou d'*agitation*.

Les simples définitions qui précèdent permettent déjà une remarque de quelque importance : c'est que les termes de dépression et d'excitation s'appliquent à un complexus symptomatique dans lequel les modifications psychiques ont la part prépondérante et ne désignent pas seulement les modes d'expression extérieure de ces modifications intérieures.

Cette distinction mérite d'être faite.

Il est certain que les manifestations mimiques actives et bruyantes correspondent le plus souvent à une disposition psychique gaie, à une certaine exubérance intellectuelle, tandis que l'inertie et le mutisme appartiennent plutôt au découragement, à la tristesse, à la dépression intellectuelle.

Mais l'observation clinique prouve qu'il n'en est pas toujours ainsi et, comme le fait remarquer très justement Cotard, un examen superficiel des manifestations mimiques ferait souvent porter un faux jugement sur les dispositions intérieures.

« Certains extatiques, dit-il, ressemblent assez aux mélancoliques stupides par leur aspect extérieur; et cependant quelle différence entre le bonheur céleste dont ils sont enivrés et les terreurs, les hallucinations effroyables de ces derniers. Les mélancoliques anxieux qui gémissent sans cesse, ne peuvent rester en place, expriment à tout venant leur douleur et leur angoisse, méritent tout autant que les excités maniaques la qualification d'expansifs. Dans certains cas même, le rapport habituel entre le sentiment et son expression mimique est altéré. Il se produit une sorte d'automatisme des moyens d'expression qui semblent traduire un état moral qui n'existe nullement. Les larmes et les rires des hystériques ne correspondent point à un équivalent de joie ou de douleur.

Il y a donc un intérêt capital à distinguer chez les aliénés les manifestations extérieures et les dispositions psychiques intérieures.

Aussi pour ne pas créer de confusion de termes, Cotard proposait d'appliquer le mot d'*expansion* à l'activité de tous les modes d'expression dont notre organisme peut disposer, et celui de *concentration* aux états où les manifestations extérieures font défaut, quel que soit d'ailleurs l'état d'exaltation ou de dépression psychiques. Le mot de *dépression* se rapporterait plutôt à l'en-

semble des facultés intellectuelles et morales. Il pourrait en être de même, dans les cas opposés, de celui d'*excitation*.

2° Nous n'avons pas dans ce chapitre de symptomatologie générale à nous occuper de l'étude clinique des états de dépression ou d'excitation, que le lecteur trouvera aux chapitres qui traitent de la mélancolie et de la manie, des états maniaques ou mélancoliques symptomatiques.

Nous examinerons seulement la dépression et l'excitation à un point de vue très général et nous étudierons surtout le mécanisme, la pathogénie de ces syndromes psychopathiques.

Il est des circonstances dans lesquelles l'observation clinique nous montre les phénomènes d'excitation ou de dépression se produisant au milieu d'autres désordres psychiques, à titre contingent, secondaire, de purs symptômes réactionnels.

Ainsi l'idée de persécution peut entraîner un état transitoire de dépression intellectuelle et morale, ou, au contraire, d'excitation, d'anxiété chez un malade qui se croit perdu de réputation, déshonoré par des ennemis imaginaires.

Ces cas de dépression ou d'excitation réactionnelles, qu'il est indispensable de connaître en clinique, ne présentent pas toutefois de particularités bien intéressantes, au point de vue même de leur genèse et de leur constitution. Bien que provoqués par des causes morbides, idées délirantes, hallucinations, etc., ils se produisent de la même façon, et, sauf leur exagération et leur durée, présentent à peu près les mêmes caractères que les états analogues qui marquent chez un individu sain d'esprit la réaction psychique à des faits extérieurs et réels.

Des cas beaucoup plus importants sont ceux dans lesquels la dépression et l'excitation semblent se présenter d'une façon spontanée, avoir une existence indépendante, représenter le fondement, le pivot de l'affection mentale qu'elles peuvent même constituer à elles seules.

C'est ainsi qu'on les observe dans la mélancolie et la manie, et c'est dans ces formes vésaniques qu'il nous faut les envisager pour bien comprendre ce qu'on entend en pathologie mentale par la dépression et l'excitation.

3° Tous les auteurs sont d'accord pour considérer que dans la mélancolie, les phénomènes fondamentaux sont un état émotionnel pénible, de douleur morale, de dépression douloureuse, insuffisamment ou même nullement motivée, et des troubles de l'exercice intellectuel sous forme de dépression, d'arrêt psychique, dit-on encore. Nous retrouvons donc là déjà les principaux éléments constitutifs de l'état de dépression.

Mais, tout en notant leur existence, on n'est pas d'accord sur les rapports respectifs de ces deux symptômes. L'opinion la plus générale professe que c'est la douleur morale qui engendre l'arrêt psychique. Mais, pour quelques-uns, la douleur morale n'est que secondaire, dérivant justement de la conscience des modifications survenues dans l'exercice des facultés intellectuelles. Cette dernière opinion paraît plus vraisemblable et plus conforme aux données cliniques, expérimentales et psychologiques. Ajoutons qu'il ne faut

pas perdre de vue, lorsqu'on cherche à s'expliquer le mécanisme de l'état de dépression mélancolique, l'existence du troisième facteur, c'est-à-dire les modifications survenues du côté de la vie organique.

Comment ces différents facteurs émotionnels, intellectuels, organiques, s'associent-ils, et réagissent-ils les uns sur les autres pour arriver à constituer l'état de dépression mélancolique ?

Pour arriver à cette connaissance, le mieux est d'examiner en quoi consiste et comment se constitue cet état émotionnel de douleur morale qui est le phénomène le plus apparent de la dépression mélancolique et semble résumer tous les autres.

Au début de toute mélancolie, même dans les formes les plus simples, on observe un vague sentiment d'abattement ou de tristesse, d'inquiétude, d'anxiété même ; sentiment qu'accuse le malade spontanément lorsqu'il dit se sentir déprimé, incapable d'agir, triste, ennuyé, vaguement inquiet ou indifférent, tout autre qu'auparavant.

Ordinairement, on tente d'expliquer cette douleur morale par un trouble de nutrition de la totalité ou d'une partie du système nerveux. Il s'agirait d'un processus analogue à celui qui se produit dans un nerf sensitif atteint d'un trouble pathologique de nutrition et réagissant sous forme de névralgie. Les sentiments et les idées sont fonctions spécifiques de l'écorce cérébrale ; les troubles de nutrition qui viennent à s'y produire donnent lieu à la douleur psychique. Telle serait la *névralgie* psychique de Krafft-Ebing.

Le fait est possible, mais l'explication est insuffisante. Il ne faut jamais, en pathologie mentale, considérer uniquement le cerveau, ni même le système nerveux isolément ; il importe de se rappeler toujours qu'ils sont intimement reliés au reste de l'organisme. Aussi, lorsqu'on cherche à comprendre la genèse de la douleur morale du mélancolique, est-il indispensable d'envisager non seulement le système nerveux, mais toutes les fonctions de l'organisme.

Il est un fait bien établi par la clinique, c'est que dans la mélancolie tout est atteint ; les différentes fonctions n'ont plus leur régularité habituelle, la nutrition générale languit. Non seulement il en est ainsi à la période d'état, mais dès le début ; même, si l'on y prend garde, ce sont là les premiers symptômes de la maladie.

Ces troubles physiques initiaux offrent de nombreuses analogies avec ceux de l'état neurasthénique.

Dans leur ensemble, ils se résument en un sentiment vague de malaise général, un « sentiment douloureux corporel », comme dit Schuele, qui crée chez le malade une nouvelle habitude psychique.

Il faut bien admettre en effet, que dans le tableau de nos représentations mentales, quelque chose correspond à notre corps, à nos viscères, à leur fonctionnement, et que ce quelque chose peut s'altérer.

On a donné le nom de *cénesthésie,* sens de l'existence, au sentiment que nous avons de l'existence de notre corps, sentiment qui, à l'état normal, s'accompagne d'un certain bien-être. Chaque fonction vitale y contribue pour sa part, et de cet apport complexe résulte cette notion confuse qui, par une

répétition incessante, est devenue *nous-même* au point que nous ne pouvons en rendre compte sans les variations qui l'élèvent au-dessus ou l'abaissent au-dessous de la normale.

Par suite des troubles qui surviennent dans le domaine des fonctions organiques au début de la mélancolie, on comprend aisément combien est grand le nombre de sensations nouvelles qui peuvent modifier le complexus cénesthétique habituel. De plus, en raison même de l'état particulier des centres nerveux qui participent également à la souffrance générale de l'organisme, c'est surtout dans leur élaboration cérébrale que les diverses sensations se transforment et s'altèrent. Les images intérieures ne sont plus adéquates à leurs excitants normaux, et les sensations, même régulièrement transmises, n'arrivent plus à la conscience que comme autant d'impressions alarmantes par leur étrangeté.

L'état cénesthétique normal de bien-être produit par le consensus harmonique des sensations organiques, fait ainsi place, l'équilibre une fois rompu, à un nouvel *état cénesthétique pénible*, de malaise général, avec, parfois, quelques localisations plus précises.

Ce nouvel état cénesthétique est la source de raisonnements inconscients aboutissant en dernier terme à un jugement confus, mais défavorable, sur la constitution physique et psychique, dont le ton semble abaissé au malade.

En effet, soit en santé, soit en maladie, les sensations organiques, lorsqu'elles sont perçues par la conscience, ne produisent pas au début des idées bien nettes, mais donnent seulement naissance à ces modifications vagues et indéterminées de l'intelligence que l'on désigne du nom de *sentiments, d'émotions*. Aussi a-t-on pu dire qu'elles étaient la base de notre nature affective.

C'est ainsi que « l'effet d'un organe faible ou malade dérange le ton psychique et se traduit dans le cerveau par une irritabilité excessive, une disposition à l'émotion, en résumé par un état de *malaise psychique* (Maudsley) ».

Voilà déjà une première cause de la douleur morale, on pourrait même dire la principale, car c'est d'elle que découlent toutes les autres. Aussi emploie-t-on souvent, pour désigner l'état de douleur morale du mélancolique, le terme d'*état cénesthétique pénible*.

Ce n'est pas tout.

Il s'établit des connexions étroites entre les sensations organiques et les diverses opérations de la pensée, comme l'avait déjà fait remarquer autrefois Griesinger. C'est ainsi que des troubles cénesthétiques dérivent les premiers troubles intellectuels que l'on constate chez les mélancoliques. Cette relation n'aura rien qui puisse surprendre si l'on se rappelle l'influence, constatée cliniquement et expérimentalement, de la fatigue et de l'épuisement physiques sur les diverses opérations de l'esprit.

Ces premiers troubles intellectuels chez le mélancolique se traduisent cliniquement par la dépression générale, l'apathie, l'irrésolution, la lenteur des mouvements, de la démarche, de la parole qui est basse, traînante, monotone ; par la négligence des occupations habituelles ; dans certains intervalles, par un besoin de mouvement sans but, automatique. En un mot, ce sont

des manifestations diverses de l'*aboulie*, décrites déjà dans cette maladie par Guislain.

A côté de ces phénomènes objectifs, résultant de l'aboulie motrice, il en existe d'autres identiques dans le domaine purement intellectuel. C'est par exemple la difficulté de fixer l'attention, de grouper les idées, de suivre un raisonnement, la lenteur dans les perceptions souvent indécises (Calmeil), la lenteur à comprendre les questions (Guislain), ou à y répondre, qui en s'accentuant peut aboutir au mutisme vésanique ; la difficulté d'évoquer et de conserver les souvenirs, une certaine tendance à l'automatisme de la pensée.

Le contenu des idées n'est pas encore altéré, il n'y a pas de délire, mais seulement ce que les Allemands appellent les troubles *formels* de l'idéation.

Ces modifications intellectuelles, qui peuvent se rencontrer dans d'autres circonstances sans être accompagnées de douleur morale, présentent ici un trait particulier. C'est que, tout en gardant leur caractère d'acuité, elles s'installent progressivement, sourdement en quelque sorte, ce qui permet aux malades de s'en rendre compte, d'*avoir conscience* du changement survenu dans leur individualité psychique, de leur impuissance à penser et de leur incapacité à réagir contre cette impuissance. Et c'est justement là une nouvelle cause de *douleur morale*. « Toutes les circonstances, disait Griesinger, qui troublent la succession et l'enchaînement des idées qui représentent le moi peuvent engendrer la douleur morale qui est constituée par la conscience de ce dérangement survenu dans la marche normale de la pensée. »

Tels sont les deux facteurs de la douleur morale du mélancolique (état cénesthétique pénible, troubles de l'exercice intellectuel). Cette interprétation, basée sur l'observation des faits, concorde avec la théorie psychologique qui pense que la douleur morale se réduit à un sentiment d'impuissance.

Cette douleur morale, cette dépression douloureuse, comme dit Schuele, est le symptôme le plus frappant, presque caractéristique de la mélancolie. Elle se manifeste dans l'attitude, la physionomie, la mimique toujours très expressive et traduisant toute la gamme des passions tristes, depuis l'abattement, l'ennui, jusqu'à l'angoisse, la terreur ou la stupeur.

Une fois apparue, elle tend à envahir tout le champ de la conscience qui ne contient alors plus rien que l'idée-douleur (Schuele). Et de même qu'une douleur physique intense atteignant un de nos sens s'accompagne d'anesthésie, de même la douleur morale détermine chez le mélancolique un état d'anesthésie, de dysesthésie psychique. Il est insensible aux excitants normaux, isolé presque au milieu du monde extérieur, replié sur lui-même. Il ne prend plus part à ce qui se passe autour de lui, tout lui semble pénible. « Les impressions se font contraires », il voit tout en noir. Son humeur, disait Griesinger, devient négative. Ce qui l'intéressait jadis lui devient étranger, indifférent, lui répugne ou l'irrite. Il ne vit plus que concentré en lui-même.

A son tour, la douleur morale réagit, pour les augmenter, sur les phénomènes divers qui lui ont donné naissance, déterminant ainsi du côté physique l'amyosthénie ou la tension musculaire, les tremblements, l'angoisse avec son cortège de symptômes vaso-moteurs, respiratoires, musculaires, etc.,

tandis que du côté intellectuel tout effort deviendra impossible, comme paralysé (aboulie, inhibition), ou bien l'attention se fixera comme convulsivement sur un objet amenant ainsi l'idée fixe, ou encore ce sera une impulsion violente, rapide, sans but déterminé, etc.

Ces nouveaux désordres arrivent à la conscience, et, par une sorte de choc en retour exaspéreront encore la douleur morale. Il s'établit un cercle vicieux dans lequel tourne le mélancolique pendant toute la durée de sa maladie.

Ainsi donc, nous reportant à l'étude de la mélancolie, dans ses formes les plus simples, comme la mélancolie sans délire ou avec conscience, constituée presque uniquement par l'état de dépression, nous voyons que parmi les symptômes constitutifs de cet état de dépression, le plus apparent est l'état émotionnel pénible, de douleur morale ; mais que cet état émotionnel résulte lui-même de deux autres ordres de symptômes de l'état de dépression, c'est-à-dire des modifications cénesthétiques et des troubles abouliques.

La douleur du mélancolique n'est pas quelque chose d'immédiat, de simple et d'irréductible (de Sarlo). Elle est au contraire le résultat d'une élaboration mentale inconsciente reflétant l'état organique et psychique de l'individu.

4° Dans un sens diamétralement opposé à la dépression mélancolique se place l'excitation qui constitue la note fondamentale de l'état maniaque.

Si l'on veut d'emblée se faire une idée très générale de l'état d'excitation, on n'a qu'à se rappeler les analogies qu'il présente avec certains états d'ivresse exubérante, joyeuse, provoqués par l'usage de toxiques spéciaux.

On le rencontre souvent dans certaines formes et pendant une certaine période de la paralysie générale où le malade croit posséder au suprême degré la santé, l'intelligence, la force, le pouvoir, et exprime à tout instant sa satisfaction et sa béatitude parfaites. On le trouve encore dans les périodes d'excitation de la folie circulaire, dans certains accès de manie où le malade voit tout en beau, manifeste une humeur expansive, une joie spontanée et débordante, une suractivité intellectuelle, un sentiment d'énergie, de vigueur extraordinaire. Interrogés après guérison, il y en a qui déclarent encore ne s'être jamais sentis aussi bien, aussi remontés, aussi intelligents, aussi heureux que pendant leur maladie (Krafft-Ebing).

L'étude de la pathogénie, du mécanisme intime de l'état d'excitation, tel qu'il se présente dans ces derniers cas, par exemple, a été poussée beaucoup moins loin que celle de l'état de dépression mélancolique. En fait, la plupart du temps on se borne à considérer que, dans les deux cas, le mécanisme est identique quoique de sens inverse.

Ici encore le point de départ résiderait dans des modifications organiques, circulation plus active, respiration plus ample, sécrétions plus abondantes, mouvements prompts et rapides, absence du sentiment de fatigue, malgré les marches, l'insomnie ou autres causes de surmenage.

De là et d'autres altérations encore dans le domaine des sensations internes, comme de la participation des centres nerveux aux modifications générales de l'organisme, résulterait un sentiment de bien-être physique exagéré,

d'euphorie, un *état cénesthétique agréable,* et partant, une disposition émotionnelle à la joie, à l'expansion (aménomanie, hédonie psychique).

« Les états agréables, avait dit Bain, se rattachent à un accroissement, comme les états pénibles à une diminution, de l'action de quelque fonction vitale ou de toutes les fonctions vitales. »

L'appareil psychique semble n'être plus accordé que pour la note du plaisir. « C'est dans ce sens que se manifestent les impressions du monde extérieur et les sensations physiques. Dans la conscience il n'existe et il ne se maintient que des images et des représentations conformes à cet état d'esprit. » (Krafft-Ebing.)

En même temps, il y a une sorte de suractivité correspondante des facultés intellectuelles.

La mémoire est exaltée, les idées les plus diverses se pressent et s'associent en foule dans l'esprit du sujet; le passage de l'idée à l'acte se fait sans entrave, d'une façon précipitée, irréfléchie.

Le malade, qui à chaque moment a la conscience de cette facilité, de cette accélération de ses représentations, de ses désirs, de ses actes, en éprouve autant de plaisir que le déprimé mélancolique éprouve de douleur en se rendant compte de l'arrêt psychique auquel il est en proie.

Pour séduisante que puisse paraître cette interprétation, à cause de sa simplicité même, elle comporte cependant certaines restrictions.

En opposant l'état cénesthétique agréable de la manie à l'état cénesthétique pénible de la mélancolie, il importe de faire remarquer qu'il ne constitue pas la modification absolument primitive, mais ne se produit que lorsque l'affection s'est nettement installée. En réalité, l'état cénesthétique primitif semble être, chez les maniaques comme chez les mélancoliques, un état pénible de tristesse, de malaise moral. (Griesinger, Kahlbaum, Arndt). Plus tard seulement apparaissent, avec le développement des symptômes de la maladie, les modifications des fonctions physiques et intellectuelles que nous avons indiquées, réalisant à ce moment les conditions propres à faire naître la satisfaction, la gaieté.

Féré compare ce processus physiologique à celui qui se passe dans certains états de colère dus à une impression pénible, où se manifeste cependant une exaltation de la personnalité.

Schuele et d'autres auteurs ont encore fait remarquer que la modification émotionnelle dans la manie était loin d'être permanente et que l'on constatait au contraire des changements d'humeur les plus variés, passant de l'euphorie au malaise général, de l'expansion à l'apathie. Le vrai maniaque parcourrait ainsi toute la gamme émotionnelle avec la plus grande rapidité.

Que le plaisir, à l'état normal, soit lié à un accroissement des fonctions vitales, à une augmentation d'énergie, cela est admissible. Mais la même formule doit-elle être prise à la lettre lorsqu'il s'agit des états pathologiques de plaisir? En aucune façon.

Malgré tous les phénomènes d'augmentation apparente des fonctions vitales chez les maniaques, le poids du corps baisse en réalité. Bien que l'on ait

beaucoup parlé chez eux d'une énergie extraordinaire, d'une exagération des forces musculaires, rien de semblable n'existe dans la majorité des cas. Cette apparence d'exagération des forces physiques vient seulement de la manière décidée avec laquelle le malade, dans chacun de ses actes, fait agir ses muscles (Griesinger).

Toulouse a trouvé, chez tous les aliénés en général, même les maniaques, des chiffres dynamométriques inférieurs à la normale. Même dans les accès de manie épileptique qui passe pour un des états dans lesquels l'exaltation des forces est le plus marquée, Féré a pu constater dans les circonstances les plus favorables et en particulier dans un cas où le malade se promettait de broyer le dynamomètre, que la pression était moindre qu'à l'état normal.

D'un autre côté, pas plus qu'il n'existe de véritable exaltation des fonctions physiques, il n'existe pas à proprement parler d'exaltation intellectuelle. La prétendue suractivité psychique des maniaques n'est qu'une apparence. Si la mémoire est quelquefois d'une fidélité étonnante, l'association des idées se fait d'une façon défectueuse et les souvenirs incohérents ne servent plus à diriger l'activité dans une voie raisonnable et utile (Féré).

Certains auteurs, Moreau de Tours en particulier, ont bien montré tout ce qu'il y avait de superficiel dans cette prétendue suractivité des facultés intellectuelles des états d'excitation, pure et simple manifestation de l'automatisme cérébral.

Si tout état pathologique de plaisir est accompagné d'excitabilité, celle-ci n'est donc pas une activité normale. En réalité, comme le fait très justement remarquer Ribot, nous sommes en face d'un cas complexe : d'une part, une déperdition perpétuelle, énorme, qui marche à grands pas, mais sans se traduire dans la conscience ; d'autre part, une excitation superficielle momentanée et consciente. « L'anomalie est dans cette disproportion psychique ou plutôt dans la myopie de la conscience qui ne peut dépasser ses étroites limites et pénétrer dans le domaine de l'inconscient. »

Les recherches psychologiques récentes, en élucidant les rapports étroits qui existent entre la sphère motrice et les sphères sensitive et intellectuelle, ont fourni leur point d'appui aux théories destinées à expliquer la pathogénie des états d'excitation. Un symptôme constant, et l'on pourrait presque dire primitif de ces états pathologiques, est une hyper-excitabilité de la sphère motrice ; les mouvements, suivant la remarque de Griesinger, sont plus décidés, plus faciles, plus rapides. Cette exaltation motrice implique, en vertu des recherches psychologiques que nous venons de rappeler, une accélération parallèle du cours des idées, une augmentation de leurs liens associatifs, une diminution dans la force d'arrêt de la volonté.

La décision, la facilité plus grande des mouvements, rendue possible par des conditions morbides variées (hyperhémie, intoxication), est interprétée, par analogie, dans l'inconscient, comme un signe de force plus grande, jugée comme une élévation du moi et ressentie comme plaisir, comme sentiment d'euphorie. C'est le résultat final, qui rendu suffisamment intense par la fusion

des divers éléments, pénètre dans la conscience personnelle et y apparaît comme primitif (De Sarlo); mais en réalité l'euphorie comme la douleur morale n'est point un symptôme primitif et irréductible.

IV. — LES ÉTATS D'AFFAIBLISSEMENT ET DE DÉBILITÉ DE L'INTELLIGENCE
DÉMENCE, STUPIDITÉ, DÉBILITÉ MENTALE

A. — Démences.

Dans le langage de la jurisprudence, le mot démence s'applique d'une façon collective à toutes les formes de folie, aux maladies mentales dans leur ensemble.

En psychiatrie, l'acception du terme démence est beaucoup plus restreinte et sert à désigner un syndrome psychique caractérisé par l'affaiblissement ou la perte partielle ou totale des facultés intellectuelles, morales et affectives, sans possibilité de retour.

« La démence, au point de vue médical, n'est donc ni une entité clinique, ni une affection primitive. C'est l'expression clinique, variable suivant les circonstances qui la déterminent, d'une déchéance progressive des fonctions de la vie psychique. La chronicité et l'incurabilité en sont les deux caractères principaux. Dans les processus dégénératifs d'ailleurs, la démence ne représente qu'une partie des pertes que subit l'économie. A côté de cet affaiblissement graduel et inexorable de l'intelligence, on assiste à la ruine généralement plus lente des forces physiques et de la vie de nutrition, en sorte que l'on serait autorisé à regarder la démence comme l'une des faces de la décadence intellectuelle, morale et physique de l'individu (Ball et Chambard).

Si le terme démence ne désigne la plupart du temps qu'un syndrome important, mais commun à différentes maladies mentales, on l'applique aussi quelquefois à un processus pathologique envisagé dans son ensemble. Dans ce cas il est alors accompagné d'un qualificatif indiquant soit l'étiologie (démence sénile), soit quelques particularités symptomatiques du tableau clinique (démence paralytique, démences précoces hébéphrénique, catatonique, paranoïde...). Il est à remarquer qu'alors l'affaiblissement intellectuel fait partie intégrante de l'affection et joue même un rôle considérable dans la genèse de nombre de symptômes; au lieu d'être, comme dans le premier cas, la résultante, l'aboutissant de divers processus morbides.

Chacune de ces formes particulières de démence sera étudiée dans les chapitres spéciaux.

Nous nous bornerons ici à envisager le syndrome démence en général et à voir sous quels aspects ce syndrome peut se présenter en clinique.

On a distingue les démences en *aiguës* et *chroniques*. Mais cette division ne résulte en réalité que d'une équivoque. L'expression défectueuse de démence aiguë, ou de démence curable primitive, sert à désigner en effet certaines formes de confusion mentale, de stupidité, qui, tout en étant caracté-

risées par une diminution ou une suspension de l'activité psychique, sans désordres émotionnels, avec obnubilation profonde de la conscience, ne ressemblent que jusqu'à un certain point et très superficiellement à la démence véritable, dont, avons-nous dit tout à l'heure, la chronicité et l'incurabilité sont les deux caractères principaux.

La plupart des classifications des démences reposent sur la notion de l'étiologie et sur le caractère des processus morbides dont elles peuvent être l'expression ou la résultante. Elles aboutissent, en résumé, à distinguer les démences en *organiques* et *fonctionnelles ;* mais il faut bien entendre que ce dernier terme n'a ici que la signification toute relative qu'on lui attribue d'ordinaire en neurologie et en psychiatrie. Il importe aussi de remarquer que le qualificatif de *fonctionnelles* n'a pas pour tous les auteurs la même attribution. La plupart l'appliquent à toutes les démences névrosiques ou vésaniques, tandis que d'autres le réservent pour ces formes dites demences aigues dont nous venons de parler tout à l'heure.

On rencontre souvent, dans la littérature psychiatrique, la divison des démences en idiopathique ou primitive, et symptomatique ou secondaire. Dans ce dernier cas, la démence serait précédée ou accompagnée d'une affection cérébrale dont elle constituerait un syndrome, ou une période ; dans le premier, elle constituerait une affection autonome. Il me semble qu'à cet égard il est nécessaire de préciser la signification exacte des qualificatifs employés et de ne pas considérer comme synonymes idiopathique et symptomatique, primitive et secondaire. La signification de ces adjectifs varie suivant les auteurs ; et si les premiers impliquent toujours sans conteste une notion pathogénique, les seconds n'ont le plus souvent qu'une valeur purement séméiologique.

C'est ainsi que la démence peut être dite primitive lorsqu'elle fait partie intégrante de la symptomatologie de l'affection à laquelle elle se rattache, lorsqu'elle se manifeste dès le début, d'emblée, à titre de symptôme primitif, fondamental, imprimant des caractères particuliers aux autres symptômes intellectuels et s'accentuant en raison même des progrès de la maladie.

La démence est au contraire secondaire, lorsqu'elle succède à d'autres symptômes psychiques (délire, hallucinations) dont elle est comme la résultante plus ou moins éloignée.

Il s'ensuit que si une démence secondaire est toujours symptomatique, une démence peut être à la fois primitive (séméiologiquement) et symptomatique (au point de vue pathogénique).

D'ailleurs l'existence de démences vraies idiopathiques est encore un problème à l'heure actuelle; ce qualificatif ne pourrait guère s'appliquer qu'à certaines formes de démence précoce, dont la connaissance est encore bien imparfaite.

La perte des facultés intellectuelles, quelle qu'en soit la cause, n'est jamais subite, mais survient d'une façon plus ou moins rapidement progressive.

Tantôt cette progression se manifeste dans l'ensemble des facultés (démence en masse, démence globale) ; tantôt elle les atteint d'une façon inégale. La

mémoire est en général la première faculté atteinte, ou du moins celle dont l'affaiblissement se manifeste de la façon la plus évidente.

Après la mémoire, on voit baisser la perception, l'attention, la réflexion, le jugement, la volonté, les sentiments moraux et affectifs.

Mais, à travers toutes les phases successives de cette involution, la démence ne présente pas une physionomie uniforme et l'on peut en distinguer plusieurs types cliniques.

Démence simple. — « Les malades, dit Foville, conservent une aptitude routinière à observer les convenances sociales et à suivre les habitudes contractées de longue date, à condition qu'ils ne cessent pas de vivre dans un cercle très restreint et où ils n'ont besoin, pour ainsi dire, d'aucune initiative. On les voit aller et venir, se lever, se coucher, soigner leur toilette, prendre leurs repas d'une manière régulière. Que l'on interroge ces gens en apparence sensés et l'on reconnaîtra avec étonnement qu'ils n'ont plus ni mémoire, ni jugement, ni volonté. Ce sont des automates obéissant à d'anciennes habitudes. Ils n'ont plus qu'une conscience imparfaite du temps, des distances et des lieux et finissent par perdre la notion exacte des incidents qui les touchent de plus près. Ils sont insouciants, imprévoyants, puérils, oublieux des convenances, négligés dans leur tenue, indifférents pour les personnes qui leur étaient chères.

Dans les cas très accentués, l'abolition des facultés psychiques est complète ; le malade arrive à être réduit à la vie végétative. Il prononce à peine quelques paroles, est gâteux, n'a plus conscience du présent, ni de sa vie passée, ne sait même plus son nom. On est obligé de veiller à tous ses besoins, de prendre soin de lui comme d'un véritable enfant.

Démence agitée. — Dans la démence, simple ou délirante, les malades peuvent être calmes, tranquilles; mais il est aussi des cas dans lesquels ils sont en proie, sinon continuellement, au moins par périodes, à une agitation plus ou moins intense. Ils chantent, vocifèrent, déchirent leurs vêtements, gesticulent d'une manière désordonnée, ou même tombent dans un véritable état d'agitation maniaque, sans cesse en mouvement, parfois violents. C'est la démence agitée.

Démence apathique. — D'autres fois, au contraire, ils restent inertes, immobiles, ne parlant pas, ne s'habillant que par contrainte, n'exécutant aucun acte spontané, végétant dans une éternelle torpeur. C'est la démence apathique.

Démence délirante. — L'affaiblissement intellectuel, à moins d'être absolu, n'exclut pas le délire et les deux ordres de symptômes coexistent fréquemment chez le même individu. Plusieurs éventualités peuvent se présenter en pareille occurrence.

Tantôt le délire est sous la dépendance de la démence et ne constitue qu'un épisode, qu'un accident dans l'état mental.

Dans ces conditions, il peut n'être que la résultante directe, presque nécessaire des symptômes démentiels, troubles de la mémoire, de la perception, etc., qui lui impriment un cachet quelque peu particulier de délire à forme de rêve. Souvent même, il n'est en pareil cas que la continuation à l'état de veille d'un rêve commencé dans le sommeil. Cette forme de délire est très fréquente en particulier dans la démence sénile (Régis). Ou bien il peut être en quelque sorte surajouté, jusqu'à un certain point indépendant des phénomènes démentiels, comme dans la paralysie générale par exemple (Baillarger). Toutefois, il emprunte alors au fond de démence sur lequel il se développe, des caractères cliniques spéciaux de mobilité, de diffusion, d'absurdité, d'incohérence, de contradiction.

En regard de ces faits, il faut placer ceux dans lesquels les idées délirantes observées dans la démence ne sont que la continuation d'un délire préexistant (démences *secondaires*, vésaniques, toxiques).

Les cas les plus intéressants sont ceux dans lesquels ce délire conserve encore un certain caractère de systématisation (*démences incomplètes*).

Tantôt il s'agit d'un ancien délire systématique primitif (paranoia primitive). L'existence de la démence, lorsqu'elle n'est pas due à une cause surajoutée (lésions cérébrales au foyer, sénilité), est en pareilles circonstance très contestée par les auteurs. L'effacement du délire, sa « cristallisation », l'indifférence du malade ne seraient que le résultat de leur long internement et de l'inutilité reconnue par eux de leurs affirmations délirantes (démence apparente). Cette opinion, exacte en elle-même, ne peut être généralisée, et il est nombre de cas, surtout des variétés dites hallucinatoires, qui arrivent à une démence véritable, bien qu'incomplète et de caractères particuliers. Ils se rapprochent alors quelque peu des cas (mélancolie) dans lesquels l'évolution vers la chronicité et la démence revêt l'aspect clinique très particulier désigné sous le nom de délire systématisé ou *paranoia secondaire*.

A ce sujet encore nous retrouvons chez les auteurs les mêmes discussions. Pour les uns, cette paranoia secondaire n'est qu'une étape de transition entre la psychose primitive et la démence secondaire terminale, marquant le début de l'affaiblissement, de la déchéance intellectuelle. Pour d'autres, la paranoia secondaire n'a pas de signification démentielle. Elle n'est que l'aboutissant, la transformation de la psychose primitive, ou même une psychose nouvelle et indépendante dans l'éclosion de laquelle les premiers accidents n'ont joué que le rôle d'agents étiologiques.

Quoi qu'il en soit, le début de l'évolution d'une forme délirante vers la démence est le plus souvent marqué par des symptômes particuliers, tels que les changements de l'état émotionnel antérieur du malade, devenant d'humeur variable, indifférente ou apathique; la diminution en intensité et l'augmentation en extension, ou au contraire la cristallisation du délire; l'accentuation des troubles de la sensibilité générale, et la prédominance d'idées hypochondriaques, les tics, les habitudes spéciales, les stéréotypiés, le collectionnisme, les dyslogies diverses, les néologismes, le monologue avec les caractères particuliers que nous avons signalés dans un autre chapitre, etc.

Démence incohérente. — C'est alors surtout que l'on rencontre cette variété spéciale de démence, dite démence incohérente, dans laquelle une régularité relative des actes, une bonne tenue, des habitudes de calme, parfois même un reste d'aptitude à certains travaux, contrastent avec une incohérence absolue et continuelle des propos.

L'incohérence démentielle résulte d'abord de l'enchaînement défectueux des idées. A un degré plus avancé, elle passe des idées aux mots ; la phrase n'est même plus construite, les paroles se succèdent sans suite, comme au hasard, et indiquent le vide absolu de la pensée (démence paraphasique). Quelques-uns de ces malades peuvent encore en imposer, au premier abord, par certaines réponses sensées ; mais ces réponses à des questions banales sont des réponses toutes faites, passées en habitude, une simple manifestation du langage réflexe.

Certains aliénés chroniques (démence incomplète) ne doivent pas être confondus avec les déments paraphasiques vrais. Chez eux, derrière les phrases les plus étranges on croit deviner au geste, à l'accentuation, une pensée, un sentiment, une intention. La mimique est si expressive, les intonations sont si variées, si naturelles, qu'il semble y avoir manque de concordance entre le désordre des idées et le désordre du langage souvent incompréhensible.

Le malade qui a conservé isolément les mots de sa langue habituelle, qui non seulement comprend le sens d'un mot isolé, mais même celui d'une phrase qu'on lui adresse, semble s'être fait, pour son usage personnel, une langue spéciale, bourrée de néologismes et de paralogismes, en continuant cependant à observer les règles grammaticales de la syntaxe. En réalité ce ne sont plus des déments paraphasiques, mais dyslogiques.

Tels sont, dans leurs grands traits, les principaux aspects cliniques des démences.

Il est à ce propos une question bien souvent agitée en ce qui regarde les démences vésaniques consécutives. Existe-t-il un rapport entre le type clinique de la démence et celui de la vésanie antécédente ? N'y a-t-il qu'un type de démence consécutive ou existe-t-il autant de types de démence que de types de psychoses initiales ?

C'est là une des questions les plus difficiles, les plus controversées, de la psychiatrie ; nous ne pouvons l'examiner ici avec tous les développements nécessaires. — Nous dirons simplement que, d'après l'opinion qui semble la plus ordinaire, la démence vésanique consécutive ne conserve des symptômes rappelant l'affection primitive qu'au début seulement (démence initiale ou incomplète); mais d'ordinaire, une fois la démence constituée, complète, les variations cliniques disparaissent et l'uniformité s'établit dans le tableau symptomatique.

Cette considération a amené certains auteurs à regarder la démence secondaire comme une forme nosologique indépendante, qui viendrait remplacer la psychose première, en se substituant à elle. D'autres considèrent, plus justement à notre avis, qu'elle représente simplement une période de l'évolu-

tion de la forme primitive imprimant au tableau clinique des variations correspondantes ; que pour ce motif, la démence secondaire ne mérite pas une place à part dans le cadre des maladies mentales.

Les fonctions organiques, chez la plupart des déments, s'exécutent d'une manière régulière. Ils mangent avec voracité, digèrent bien et assimilent de même ; presque tous prennent de l'embonpoint et c'est là un symptôme qui signale souvent le passage d'un état aigu à la chronicité et à la démence. Le sommeil fait rarement défaut ; les femmes sont bien réglées. Un dernier caractère organique à signaler dans la démence est le peu de réaction de l'économie sous l'influence de maladies intercurrentes. Il n'est pas rare de voir certains de ces malades mourir de maladies incidentes, sans qu'aucun symptôme grave ait attiré l'attention.

B. — Pseudo-démences.

Parmi les affaiblissements de l'intelligence susceptibles d'être confondus avec la démence, il en est de transitoires qui pourraient, en conséquence, être classés sous la rubrique générale de pseudo-démences.

Tels sont ceux que l'on a étudiés sous les différents noms de démence aiguë, stupidité, stupeur, confusion mentale, torpeur cérébrale, etc., pour n'user que de la terminologie française.

Un chapitre spécial sera consacré à la description nosographique de ces différents états. Nous devons, à cette place, nous contenter d'envisager seulement, sous ses différents aspects, le syndrome qui leur donne une physionomie spéciale, c'est-à-dire la confusion mentale.

Pris en ce sens, dans son acception la plus large, le terme *confusion mentale* s'applique à un trouble psychique caractérisé par la confusion des idées, la désorientation dans le milieu et dans le temps, l'incohérence ; quels que soient d'ailleurs le mécanisme et la valeur de la confusion, très différents suivant les circonstances.

Ainsi la confusion *symptôme* est dite *primitive* lorsqu'elle se développe indépendamment de tout autre phénomène psychique, reliée seulement à un état de faiblesse cérébrale, lui-même en connexion avec un état d'asthénie générale. Elle dépend alors d'un état physique, tout autant et même plus que d'un état mental.

Cette confusion mentale n'est que le résumé, l'expression synthétique d'un ensemble de phénomènes psychopathiques variés.

Ils ne sont pas tous de même importance. Les uns sont prédominants, essentiels, *fondamentaux ;* ils se résument dans la gène de l'exercice volontaire des facultés intellectuelles qui se traduit par la confusion mentale *primitive.* Les autres sont instables, accidentels, *secondaires ;* ce sont des phénomènes d'automatisme cérébral, *conséquence des précédents,* se traduisant par les hallucinations, le délire, les réactions.

Le malade est tout *désorienté,* semble ne reconnaître ni les objets fami-

liers, ni les personnes qui l'entourent ; il ne se souvient de rien, il a perdu les notions de lieu et de temps.

Ses réponses sont vagues, embrouillées, d'abord en raison de troubles fréquents de la fonction du langage. Ils consistent, soit dans la perte de certaines images du mot, soit, lorsqu'elles sont conservées, dans la difficulté qu'éprouvent les confus à adapter les mots à l'idée et à les coordonner ensemble pour comprendre ou exprimer une pensée. Dans des cas plus accusés, les mots répondus ne sont qu'un simple écho de la question. Ces troubles du langage sont parfois très accentués (confusion mentale *pseudo-aphasique*). Il est également important de noter l'ânonnement, les hésitations du langage résultant de la lenteur et de l'embarras de la pensée, ainsi que le ton vague d'étonnement, d'interrogation, de monotonie.

L'attention est toujours plus ou moins difficile à fixer. Tantôt les malades sont distraits par des rêvasseries incessantes, muettes ou se traduisant par un bavardage incoercible, incohérent et monotone ; tantôt la gêne de leurs facultés est telle qu'on ne peut arriver à fixer leur esprit sur rien.

Cette entrave à l'exercice des facultés se retrouve dans toutes les opérations intellectuelles volontaires.

Ainsi, la perception des objets extérieurs ne se fait que d'une façon très défectueuse. A cet égard, le confus est toujours dans le doute et l'incertitude, égaré au milieu des choses qui l'entourent, qu'il ne sait pas interpréter et qui lui semblent tout étranges.

Il en est de la perception des sensations internes comme de celle des objets extérieurs, et les malades arrivent souvent ainsi à se trouver changés, soit dans une partie de leur corps, soit même dans leur personnalité physique tout entière.

La mémoire présente également des défectuosités, des lacunes considérables. Les souvenirs qui se rapportent à la période antérieure à la maladie, bien que parfois incomplets, sont le plus aisément évoqués. Ceux des faits survenus depuis sont plus ou moins absents et les lacunes à ce propos sont parfois telles, que le malade peut même ne plus savoir son âge, ne donnant que la date de sa naissance ou l'âge qu'il avait à telle époque antérieure à sa maladie. Il est à remarquer que tous ces souvenirs, difficiles ou impossibles à évoquer volontairement, peuvent reparaître d'eux-mêmes au cours d'une période d'excitation, de bavardage automatique.

Comme la mémoire, l'imagination active, créatrice, est affaiblie ou totalement abolie. Les confus se représentent l'avenir aussi mal qu'ils évoquent le passé ou comprennent le présent.

Mêmes altérations dans l'exercice des mouvements volontaires, hésitants, indécis, n'arrivant pas à leur but et semblant coûter un effort pénible. Beaucoup de ces malades demeurent inertes, dans l'attitude de l'affaissement le plus complet. Il en est qui peuvent encore s'acquitter des actes de la vie courante, s'habiller, manger, mais d'une façon tout automatique, imparfaite, et il faut les y inciter et les diriger. Ils sont d'ailleurs en général d'une docilité presque constante et se laissent conduire comme des enfants.

Ces troubles variés, dans l'exercice volontaire des opérations intellectuelles, qui se résument dans l'état de torpeur, d'obtusion, de confusion mentale, constituent le fondement, la caractéristique de l'état pathologique ; et cet ensemble, apparaissant *indépendamment de tout autre symptôme psychique,* mérite bien le nom de confusion mentale *primitive.*

A ces symptômes psychiques fondamentaux peuvent s'en ajouter d'autres accessoires, *secondaires,* d'une façon presque constante ou seulement par intervalles.

Ce sont d'abord des idées délirantes, en général de caractère triste, monotones, ou bien changeantes, parfois contradictoires. Le délire ressemble à un rêve.

Ces idées peuvent se traduire spontanément par une loquacité toute spéciale, une sorte d'automatisme de la parole correspondant à celui de la pensée. Parfois, le confus marmotte des paroles à voix basse sur un ton de litanie monotone ; dans certains cas, ou par intervalles, il prononce même à voix haute des mots décousus, souvent reliés par assonance.

A côté des idées délirantes et leur servant d'aliment, on trouve souvent des hallucinations des divers sens, surtout de la vue et de l'ouïe, pénibles, terrifiantes, variables et mobiles.

On peut noter aussi des impulsions subites, irréfléchies et irrésistibles, sous forme de raptus ; des mouvements se reproduisant par intervalles, d'une façon stéréotypée, purement automatiques ou en rapport avec une idée donnée.

A un point de vue plus général, on peut observer, comme dans la démence véritable, soit de l'agitation, soit de la dépression motrice à tous les degrés, se présentant sous une forme régulière ou alternante (types maniaque, mélancolique ou alternant). Ce sont là de purs phénomènes d'automatisme, sans rapport avec un trouble émotionnel déterminé.

Au contraire, le ton émotionnel est la plupart du temps indifférent, sauf quelques moments d'anxiété, simples épisodes réactionnels provoqués par le désordre des idées ou par des hallucinations.

En regard des cas précédents se placent ceux dans lesquels la confusion est dite *secondaire.* Au lieu d'être, comme tout à l'heure, le phénomène psychique primitif, fondamental, elle se présente, au contraire, comme le résultat, la conséquence immédiate de symptômes psychopatiques divers, tels que la production brusque d'idées délirantes nombreuses (manie), la présence d'hallucinations intenses, multiples, répétées (délires hallucinatoires), l'existence de troubles émotionnels très profonds (mélancolie).

La confusion mentale, primitive ou secondaire, par son importance, son développement plus accentué, sa permanence, peut donner une note particulière à certains *états vésaniques symptomatiques.* C'est ce qu'on voit dans les délires toxiques (alcool, plomb), dans certains états dyscrasiques (uricémie, albuminurie, glycosurie) ou infectieux (délires fébriles) ; dans certaines affections organiques (tumeurs cérébrales, paralysie générale), dans certaines névroses (épilepsie, hystérie). Dans ces cas, les troubles intellectuels

suivent pas à pas les manifestations de la maladie générale dont ils font partie.

La confusion mentale peut encore se présenter sous les mêmes aspects primitif ou secondaire, mais à titre *épisodique,* de complication, dans certaines affections mentales ayant déterminé, par exemple, un état d'épuisement (mélancoliques sitiophobes).

En regard de ces cas divers, il en est d'autres où la confusion mentale, primitive, semble caractériser une *affection* autonome, ayant son évolution *perse.*

Dans les cas les plus accentués, il n'y a plus seulement gêne, mais abolition de l'exercice intellectuel; ce n'est plus la confusion, c'est la suspension, l'inertie absolue des facultés.

Là encore, sous une apparence uniforme peuvent se cacher deux situations mentales différentes.

Dans l'une, correspondant à la confusion mentale primitive, il y a interruption pure et simple dans l'exercice des facultés mentales. Tel est le cas dans la démence primitive aiguë avec ses deux variétés, démence agitée et démence apathique ou *stupidité* proprement dite.

Dans l'autre, loin d'être assoupie, l'intelligence est au contraire toujours active, mais elle est dominée par des hallucinations terrifiantes, des conceptions délirantes, des émotions intenses qui mettent obstacle à ses manifestations extérieures. C'est la *stupeur* qui se manifeste alors à titre de conséquence, de phénomène secondaire.

Le diagnostic de la démence véritable ou de la pseudo-démence est d'une importance énorme, puisqu'il comporte un pronostic de chronicité incurable dans un cas, de curabilité, sinon certaine du moins possible, dans l'autre cas.

Il est bien évident que ce diagnostic, pour être précis, devra être surtout celui du complexus morbide auquel peut se rattacher le symptôme démence ou pseudo-démence, et reposer sur la connaissance de l'etiologie, du début, de l'évolution, de l'ensemble des phénomènes psychiques et somatiques.

Le diagnostic symptomatique de l'affaiblissement démentiel ou de la pseudo-démence, de la confusion mentale, est en lui-même très difficile. Toutefois, il est possible d'indiquer à cet égard quelques points de repère qui peuvent être utiles à l'occasion, surtout lorsqu'il s'agit de formes simples, sans delire.

Cliniquement, la confusion mentale se traduit surtout par la désorientation dans le milieu et dans le temps, par l'incohérence des idées et des actes.

Ce sont là des symptômes qui s'observent aussi dans la démence, mais avec certaines différences dues à la diversité même du mécanisme psychologique qui préside à leur origine.

En ce qui concerne la désorientation dans le temps, c'est surtout par l'étude des commémoratifs que l'on peut juger si les troubles de la mémoire qu'elle suppose ne se rapportent pas plutôt à l'amnésie progressive et caracté-

ristique de la démence qu'au défaut d'assimilation psychologique des souvenirs du confus.

La désorientation dans le milieu est plus facile à spécifier par l'examen direct. Nous l'avons étudiée tout à l'heure chez le confus. Comme lui, le dément n'a pas toujours une notion exacte de son milieu, ne sait pas où il se trouve; mais la raison en est que, bien souvent, il n'a même pas songé à s'en inquiéter, tellement cela lui est indifférent. Si on l'interroge à cet égard, on voit qu'il reconnaît les objets, les personnes environnantes. D'autres fois ses erreurs sur le milieu ne sont dues qu'à de l'interprétation délirante, à une sorte de délire métabolique ou palingnostique. Mais il n'a à cet égard ni les doutes, ni l'incertitude du confus.

Dans les réponses incomplètes, inachevées du confus, dévoilant des lambeaux d'idées mal coordonnées, on saisit cependant un effort manifeste, mais insuffisant, pour les grouper et les traduire. Il y a tout du moins, pour adapter la réponse à la question, une tentative après laquelle le malade retombe dans son apathie ou sa rêverie distraite.

Chez le dément, plus d'efforts pour comprendre, pour répondre, et c'est le plus naturellement du monde qu'il énonce des paroles erronées, devenant l'occasion d'associations d'idées bizarres, de divagations sans suite.

En même temps, le ton du discours, monotone, indécis, interrogateur dans le premier cas, devient dans le second, ou naturel, ou indifférent, ou satisfait.

Ces différences existent d'ailleurs aussi dans la physionomie distraite, égarée, étonnée, stupéfaite du confus ; inerte, niaise du dément.

L'incohérence des actes, elle aussi, n'est pas la même. Maladroits, ridicules, enfantins chez le dément, ils sont indécis ou impulsifs chez le confus.

C. — **Débilité mentale.**

L'affaiblissement intellectuel, réel ou apparent, doit être distingué de la débilité mentale.

Sous ce terme général, nous comprenons les états plus ou moins accentués de débilité mentale proprement dite, d'imbécillité, d'idiotie. Leur description nosographique devant être faite en détail au cours de ce volume, nous nous contenterons ici de rappeler qu'il ne s'agit plus là de troubles mentaux acquis, mais d'états psychopathiques *congénitaux*. Tandis que la démence vraie représente une déchéance de l'individu par rapport à lui-même, ils ne sont plus, eux, que l'expression d'une déchéance de l'espèce. Il est bon d'ailleurs de se souvenir que démence et débilité ne s'excluent pas toujours et que les simples débiles congénitaux peuvent présenter par la suite des troubles vésaniques suivis de démence.

Aussi la distinction n'est-elle pas toujours facile et l'interprétation des faits a donné lieu à des théories variées au milieu desquelles il n'est pas pas facile de se retrouver.

C'est ainsi que les uns regardent comme exemples de démence beaucoup de cas interprétés par d'autres commes des délires d'emblée, simples ou hallucinatoires, entés sur un fond de débilité mentale. Les difficultés sont surtout très grandes lorsqu'il s'agit de formes aiguës de folie développée dans la puberté et l'adolescence.

La grande extension donnée récemment par Krœpelin à la conception de la *démence précoce,* relativement aux limites de l'âge des sujets, aux variétés cliniques, à son évolution, à sa durée, n'est pas faite pour aplanir ces difficultés.

Ainsi que le fait remarquer très justement Sante de Sanctis, un cas qui, d'après les vues de Krœpelin, pourra être qualifié de *démence paranoïde*, et qui offrira des rémittences dans son évolution, présentera toujours pour le clinicien de sérienses difficultés lorsqu'il s'agira de rechercher et de démontrer rétrospectivement si l'affaiblissement mental a été secondaire, primitif ou contemporain des idées délirantes. Krœpelin admet lui-même que sa démence paranoïde est sur la frontière de la paranoia, et il est bien difficile dans certains cas spéciaux de juger s'il s'agit d'une véritable démence précoce à forme paranoïde ou d'un affaiblissement mental secondaire à une psychose aiguë. La distinction paraîtra encore plus ardue, si l'on se rappelle que bon nombre d'aliénistes admettent que toutes les formes chroniques de la folie impliquent un état de débilité mentale primordial et que tout paranoiaque doit être considéré, par le seul fait de sa paranoia, comme un débile intellectuel, la débilité congénitale ne faisant que s'aggraver progressivement par le développement du délire ; que cette débilité mentale porte sur l'ensemble des facultés ou, comme le veulent d'autres auteurs, soit limitée, partielle.

D. — Les amnésies.

A l'étude des affaiblissements intellectuels se rattache étroitement celle de l'un des symptômes qui en sont les plus caractéristiques, l'amnésie.

L'amnésie peut se montrer dans des circonstances très diverses et avec une signification tout à fait différente. Tantôt, comme l'indique fort bien Sollier, elle n'est qu'un symptôme secondaire, accessoire, au cours d'une affection quelconque. Elle n'a pas, par elle-même, de valeur diagnostique spéciale et son étude ne peut servir qu'à la pathogénie ou au pronostic.

Tantôt, au contraire, elle est le phénomène principal, ou même unique, pour lequel les malades viennent ou sont conduits consulter le médecin. Différents cas peuvent alors se présenter.

En effet, certains malades se rendent compte qu'ils perdent la mémoire : tels les neurasthéniques, les mélancoliques simples, plus rarement des paralytiques généraux au début. D'autres ne le savent pas et ce sont leurs parents qui s'en sont aperçus : tels la plupart des paralytiques généraux, des épileptiques, des confus, des traumatisés. Enfin, dans certains cas (hystérie) de diagnostic plus difficile, le médecin est consulté pour un trouble que lui seul peut rattacher à l'amnésie.

On conçoit dès lors combien l'aspect du malade sera différent suivant les cas ; essayer de le décrire sous ses nombreuses variétés nous entraînerait à retracer le tableau de toutes les maladies qui peuvent présenter l'amnésie au nombre de leurs symptômes. Aussi nous limiterons-nous à de simples considérations générales.

Lorsqu'on se trouve amené, en clinique, à déterminer chez un malade l'état de la mémoire, il n'est pas inutile, pour faire un examen complet, d'avoir une ligne de conduite.

Il importe d'abord de se rappeler que la mémoire est un processus complexe impliquant, comme phénomène élémentaire, la *conservation* et la *reproduction* des souvenirs, puis certaines opérations intellectuelles plus compliquées désignées communément du nom de *reconnaissance* et de *localisation*.

Les troubles de ces dernières opérations donnent lieu à des illusions, à un véritable délire plutôt qu'à une amnésie. C'est naturellement sur la reproduction des souvenirs, sur la mémoire d'évocation que l'attention se trouve de suite attirée.

A cet égard il convient d'étudier la façon dont se comportent les souvenirs de différentes catégories, et c'est ainsi que l'on peut distinguer sommairement : *a*) les souvenirs concernant les conditions personnelles (état civil, famille, milieu domestique, milieu social, etc.) ; *b*) les souvenirs des faits récents et anciens ayant intéressé personnellement le sujet ; *c*) les souvenirs des notions générales ou spéciales antérieurement acquises par le sujet et variables naturellement suivant le sexe, l'âge, l'éducation, la condition sociale ; *d*) la mémoire verbale ; *e*) les souvenirs des habitudes manuelles et la mémoire organique.

Pour tous ces souvenirs divers, on doit rechercher s'ils sont vagues ou nets, précis dans tous leurs détails ou seulement esquissés dans leurs traits principaux, certains ou accompagnés d'un sentiment de doute ; puis vérifier si l'évocation est facile ou laborieuse et comment le sujet peut rapporter à une date précise (localisation dans le temps) le souvenir une fois évoqué. Cette localisation peut se faire de différentes manières : directement, quand le souvenir de la date est lié intimement à celui du fait ; indirectement, quand elle nécessite d'abord l'évocation de faits plus certains ou points de repère. Dans ce dernier cas, les procédés de localisation peuvent se ramener à deux (Sollier) : la localisation par progression continue, rétrograde ou antérograde, suivant que le sujet part de faits récents ou plus anciens pour arriver à celui qu'il doit localiser ; et la localisation par oscillations divergentes ou convergentes dans lequel la mémoire tourne pour ainsi dire autour du fait en question en évoquant tantôt des faits rapprochés, tantôt des faits plus éloignés, avant de les localiser d'une façon définitive.

L'examen du pouvoir de conservation de la mémoire porte sur la fidélité et sur la durée de conservation des différentes catégories des perceptions nouvelles. Combien de temps le malade retient-il les choses nouvelles qu'on lui apprend ? Les images sont-elles bien conservées dans leurs rapports asso-

ciatifs, dans leur ordre chronologique ? L'oubli après un temps donné est-il complet ou partiel ? En même temps vient la recherche de capacité d'acquisition mnémonique (mental span) ; quel est le nombre des souvenirs qui peuvent être acquis dans un temps donné ? Combien de fois une impression brève ou longue, simple ou complexe, doit-elle se répéter pour être fixée et retenue ?

Rappelons à ce propos qu'il n'y a pas une mémoire, mais des mémoires de types différents, et que toutes ces recherches, d'ordre expérimental, doivent porter successivement sur les différentes mémoires auditive, visuelle, musculaire, tactile, etc.

« La mémoire, dit P. Janet, est une des fonctions les plus complexes de l'esprit et chacune des parties qu'elle contient peut se modifier et indirectement altérer toutes les autres. »

Aussi n'est-ce pas chose facile que d'essayer seulement de classer d'une façon logique toutes les variétés d'amnésie.

Nous tenterons cependant de tracer quelques lignes générales, quelques distinctions capables de servir de points de repère dans l'étude des principaux types d'amnésie que l'on peut rencontrer en clinique.

Tout d'abord, il est des altérations de la mémoire qui portent, non sur le souvenir lui-même, mais sur les opérations intellectuelles qui s'y rattachent d'ordinaire. La localisation dans le temps peut être très vague, bien que le souvenir soit en réalité conservé en lui-même. S'il est vrai que la mémoire est alors défectueuse, on ne peut pas dire qu'il y ait bien réellement une amnésie véritable. On est plutôt en pareil cas sur le terrain des illusions de la mémoire, de ces troubles particuliers que Sollier distingue sous le nom de *paramnésies de localisation et de certitude.*

Les phénomènes paramnésiques que l'on observe dans la folie peuvent être classés en trois catégories.

« Quand je me rappelle distinctement un événement, dit J. Sully, je suis immédiatement sûr de trois choses : 1° que quelque chose m'est bien réellement arrivé ; 2° que cela m'est arrivé comme je le pense maintenant ; 3° que c'est arrivé quand cela me paraît être arrivé, etc.

Comme cela est naturel, on verra que chacune de ces trois portes livre passage à des illusions mnémoniques d'un certain genre.

C'est ainsi que nous pouvons avoir : 1° des souvenirs faux auxquels ne correspond aucun événement réel de notre histoire personnelle. Dans cette catégorie nous pourrions ranger les cas de fausse mémoire où le sujet, en face d'un fait présent et nouveau, croit le reconnaître pour l'avoir déjà éprouvé antérieurement (illusions du déjà vu) ; puis les rêves prolongés, ou certains délires oniriques suivis du souvenir faux de faits qui auraient été accomplis pendant ce délire ou ce rêve, etc. ; 2° nous pouvons avoir d'autres souvenirs qui nous représentent faussement la manière dont les événements se sont passés, comme cela arrive chez les malades atteints de la folie du doute et en général chez tous les abouliques intellectuels.

Ces deux premiers cas forment le groupe de paramnésies de certitude de

Sollier, dans lesquels l'individu est certain d'un fait qui n'a pas eu lieu réellement, ou n'est pas sûr d'un fait qui s'est réellement produit.

3° Enfin, nous pouvons avoir d'autres souvenirs exacts en eux-mêmes, mais faux quant à la date des événements qu'ils nous rappellent. Ce sont les paramnésies de localisation (Sollier).

Les paramnésies mises à part, il semble que l'on doive rester en face des amnésies vraies. Il est cependant, là encore, des distinctions à établir.

Si l'on s'en tient à l'étymologie du mot, l'amnésie est la privation de la mémoire (Richet). Cette définition, la plus compréhensive de toutes, embrasse toutes les formes d'amnésie.

Mais il est des affaiblissements congénitaux de la mémoire qui ne peuvent être considérés comme de véritables amnésies. Il y a alors absence plutôt que perte de la mémoire. En réalité le terme amnésie ne s'applique en pratique qu'à la diminution ou à la perte acquises de la mémoire.

Là encore, sous cette unique dénomination se trouvent englobés des faits très différents au point de vue clinique, anatomique et physiologique.

En effet, tantôt il y a perte absolue, destruction des images ; tantôt au contraire il y a simplement affaiblissement, *oubli* de ces mêmes images. Dans l'aphasie organique, par exemple, dans les paralysies de même origine, les images mnémoniques disparaissent avec les centres où elles sont localisées ; dans le mutisme hystérique, les paralysies psychiques, au contraire, il n'y a pas perte, mais oubli, incapacité d'évoquer ces mêmes images. Ce qui fait cette différence, c'est que dans un cas on a affaire à un trouble organique, dans l'autre, à un trouble dynamique ou fonctionnel.

« Il est évident que lorsqu'un centre est détruit, toutes les images qui y étaient fixées disparaissent en même temps, et que, d'autre part, aucune image nouvelle ne peut s'y fixer. Si, au contraire, les éléments nerveux dont le rôle est de conserver et de reproduire les images, cessent pour une cause ou pour une autre, de remplir suffisamment une de ces deux fonctions, c'est alors seulement qu'on peut dire qu'il y a amnésie. » (Sollier.)

On doit donc distinguer deux sortes d'amnésies : les *amnésies fonctionnelles* et les *amnésies organiques* ou *dysmnésies* (Louyer, Villermay, Sollier).

Les *dysmnésies* ont en pratique une importance considérable. Car en raison même de leur base organique, elles font partie de la symptomatologie des affections cérébrales de toute nature. Ce sont par excellence les amnésies des formes démentielles de l'aliénation.

Lorsqu'on étudie les dysmnésies, comme d'ailleurs toutes les formes de perte de la mémoire, il importe de se rappeler que « le terme de mémoire n'est qu'une expression abréviative pour désigner ce qui est commun à tous les faits concrets du souvenir et à la somme de ces faits » (Lewes). Il n'y a pas une mémoire, mais des mémoires. En réalité ces mémoires spéciales n'existent pas à l'état indépendant, mais sont prépondérantes suivant les individus. C'est ainsi que certains individus ont la mémoire visuelle prédominante, d'autres l'auditive, la motrice, etc. De plus ces mémoires spéciales sont

elles-mêmes constituées par des séries de souvenirs : mémoire des noms, des chiffres, des lieux, des couleurs, etc.

Il n'est pas inutile de noter la perte de ces différentes mémoires, d'abord parce qu'il existe des dysmnésies *partielles* ; ensuite, parce que même dans les dysmnésies *générales*, ces différentes mémoires peuvent être inégalement atteintes, et que cette inégalité peut varier non seulement suivant le malade, mais encore suivant l'évolution, la durée de la maladie.

Il est en effet deux caractères principaux des dysmnésies, surtout générales : c'est d'être à la fois permanentes et progressives. Dans cette évolution progressive ou mieux régressive, la perte de la mémoire s'accentue suivant une marche assez régulière pour avoir pu servir de base à des *lois* dites *de régression* de la mémoire.

En effet « la destruction progressive de la mémoire suit une marche logique, une loi. Elle descend progressivement de l'instable au stable. Elle commence par les souvenirs récents qui, mal fixés dans les éléments nouveaux, rarement répétés et par conséquent faiblement associés avec les autres, représentent l'organisation à son degré le plus faible. Elle finit par cette mémoire sensorielle, instinctive, qui, figée dans l'organisme, devenue une partie de lui-même ou plutôt lui-même, représente l'organisation à son degré le plus fort. Du terme initial au terme final la marche de l'amnésie, réglée par la nature des choses, suit la ligne de moindre résistance, c'est-à-dire de la moindre organisation. » (Ribot). C'est ainsi que l'affaiblissement de la mémoire : 1° porte d'abord sur les faits récents, en raison même des altérations organiques des éléments nerveux qui ne permettent point d'associer, de conserver les impressions nouvelles. 2° Les acquisitions intellectuelles anciennes se perdent peu à peu (connaissances scientifiques, artistiques, professionnelles, langues étrangères), et toujours des plus complexes aux plus simples. Les souvenirs personnels s'effacent en descendant vers le passé. 3° Après les idées s'effacent les sentiments. 4° Les acquisitions qui résistent en dernier lieu sont celles qui sont presque entièrement organiques, la routine journalière, les habitudes contractées de longue date.

Cette loi de régression s'applique même aux dissolutions partielles de la mémoire ; et c'est ainsi que dans l'oubli des signes, la perte des souvenirs suit une marche invariable : les noms propres, les noms communs, les adjectifs et les verbes, les interjections, les gestes. La régression est identique du plus nouveau au plus ancien, du complexe au simple, du moins organisé au mieux organisé (Ribot).

Les *amnésies fonctionnelles* se présentent en clinique sous des aspects beaucoup plus divers.

Tout d'abord, ces amnésies peuvent être partielles, systématisées. C'est ici surtout qu'il importe de se rappeler qu'il y a non pas une mémoire, mais des mémoires ; la clinique nous montre jusqu'à quel point les différentes catégories de souvenirs peuvent être dissociées les unes des autres. On appelle amnésie *systématisée* celle dans laquelle les malades perdent non pas tous les souvenirs acquis pendant une période, mais une certaine catégorie de souve-

nirs, un certain groupe d'idées du même genre formant ensemble un système. Ainsi, ils oublieront ce qui a rapport à leur famille ou toutes les idées relatives à telle personne. Une femme, après l'accouchement, oubliera non seulement la naissance de son enfant, mais encore les faits qui s'y rattachent, comme le nom de son mari et même son mariage (P. Janet).

Des amnésies systématisées de ce genre s'observent souvent dans le domaine du langage. On pourrait déjà citer le mutisme hystérique. Mais il est des amnésies encore plus étroitement systématiques et se bornant à l'oubli de certains mots ou de certaines catégories de mots. Ainsi Winslow cite le cas d'un homme qui perdit la connaissance de la lettre F à la suite d'une fièvre aiguë. Holland rapporte que lui-même étant descendu dans deux mines du Hartz le même jour et étant très fatigué, perdit complètement le souvenir de la langue allemande qui lui revint dès qu'il eut repris des forces. Ces amnésies systématiques peuvent même s'étendre au domaine de la mémoire organique, et l'astasie-abasie hystérique peut être souvent rapportée à une amnésie des mouvements nécessaires à la marche et à la station debout (Séglas et Sollier).

Une forme encore plus commune d'amnésie partielle est celle de l'amnésie *localisée,* dans laquelle les événements dont le souvenir est perdu appartiennent tous à une même période de la vie du malade. Cette forme d'amnésie est quelquefois appelée aussi, et pour cette raison, *amnésie temporaire.*

L'amnésie localisée peut se présenter sous différents aspects. Elle peut être *simple,* c'est-à-dire que l'événement principal est seul oublié. Le type de ce genre d'amnésie est celui de l'amnésie épileptique dans laquelle le malade ne conserve aucun souvenir de la période de la crise.

Dans d'autres cas, non seulement le souvenir de l'événement principal est perdu, mais aussi celui des faits survenus pendant une période de temps immédiatement précédente et d'une durée plus ou moins longue. C'est l'amnésie dite *rétrograde,* dont le type est généralement fourni par l'amnésie de cause traumatique, mais qui peut se rencontrer en bien d'autres circonstances.

L'amnésie peut porter encore, non plus sur une période de temps ayant précédé l'événement principal, mais sur les faits qui l'ont suivi. C'est l'amnésie *antérograde,* ou d'une façon plus précise, *antérograde de reproduction* (Sollier).

L'amnésie rétrograde peut s'observer seule ; mais l'amnésie antérograde ne se montre que rarement à l'état isolé. Le plus souvent le malade n'a pas seulement perdu le souvenir des faits consécutifs à l'événement principal, mais aussi celui des faits précédents ; l'amnésie est à la fois *rétro-antérograde.*

Une forme beaucoup plus rare est l'*amnésie générale,* dans laquelle le malade, à la suite d'attaques hystériques, par exemple, peut avoir perdu d'une façon en apparence complète tous les souvenirs acquis précédemment pendant sa vie. Il semble qu'il naisse une seconde fois et doive réapprendre tout ce qu'il avait déjà appris depuis son enfance (P. Janet).

Toutes les amnésies précédentes sont réunies par un lien commun. La lésion porte sur le passé, c'est la perte de souvenirs *anciens.* La mémoire

actuelle, c'est-à-dire la faculté d'acquérir de nouveaux souvenirs, n'est pas troublée.

Il existe une autre maladie de la mémoire tout à fait différente. Au lieu de perdre quelques-uns des souvenirs anciens, les malades deviennent, *à partir d'un certain moment,* incapables d'acquérir de *nouveaux* souvenirs. Les souvenirs paraissent altérés dans leur formation même, et les malades semblent avoir perdu non pas les résultats de la mémoire, mais la faculté même de la mémoire (P. Janet). C'est l'amnésie *antérograde de conservation* de Sollier, l'amnésie *continue* ou amnésie d'*assimilation* de Janet. Ainsi que cet auteur le fait remarquer, ce n'est pas là à proprement parler une amnésie, c'est-à-dire une perte de souvenirs, puisqu'il n'y a pas de souvenir ; c'est plutôt un trouble dans la façon de percevoir les choses, dans l'attention.

« Pour comprendre le mécanisme des amnésies de ce genre, il faut se rappeler que, à côté des phénomènes élémentaires de la mémoire, conservation et reproduction des souvenirs, on doit admettre, pour que nous ayons conscience de ces souvenirs, l'intervention d'une autre opération mentale qui saisisse l'image reproduite par le jeu automatique de l'association des idées, et la rattache aux autres souvenirs ou sensations diverses dont l'ensemble constitue notre personnalité. » C'est ce qu'on peut appeler, si l'on veut, avec P. Janet, la *perception personnelle des souvenirs, l'assimilation psychologique* des images. Cette opération peut être altérée ou supprimée, tandis que les autres phénomènes du souvenir peuvent être conservés intégralement, et son absence déterminera des troubles de la mémoire (amnésie d'assimilation) qui pourront être pris pour des amnésies véritables.

En réalité, les souvenirs des faits qui paraissent oubliés par les malades ne sont pas totalement perdus pour eux, mais ils existent à l'état subconscient ; ainsi que l'on peut le constater dans certaines périodes de rêve, de délire, de somnambulisme naturel ou provoqué au cours desquelles ils reparaissent, souvent avec la plus grande précision.

Il est d'ailleurs à remarquer en pareil cas qu'en ce qui concerne les faits nouveaux de chaque jour, oubliés à mesure qu'ils se produisent, le défaut de synthèse mentale, de perception personnelle des images, est encore favorisé par le fait de la faiblesse habituelle de la volonté, de l'attention, qui n'intervient pas pour renforcer les impressions actuelles, dont les images sont par suite d'autant plus faibles et passent rapidement dans le domaine de l'inconscient.

Ces impressions mal perçues ne peuvent donner lieu qu'à des images confuses, sans lien les unes avec les autres, ni avec les acquisitions anciennes, et par suite, peu susceptibles d'être évoquées plus tard par la mémoire.

On est donc autorisé à penser que les troubles de la mémoire ne sont qu'une manifestation dernière, persistante, dans le domaine des images, d'un trouble plus étendu de la perception personnelle et se présentant sous la forme d'amnésie définitive continue.

A l'inverse des dysmnésies qui sont progressives, les amnésies fonctionnelles sont en général brusques dans leur début et s'installent pour ainsi dire d'emblée.

En face d'une amnésie de ce genre survenue brusquement, et quelle que soit d'ailleurs celle des variétés précédentes à laquelle elle appartienne, il est, au point de vue séméiologique, différentes questions à élucider. On peut avec Sollier les grouper sous quatre chefs principaux.

1° Conditions dans lesquelles l'amnésie s'est développée : date et mode de début ; événements antérieurs, traumatismes, intoxications, émotions, attaques convulsives ; rapports de causalité et de temps de l'amnésie avec ces événements ; symptômes de l'amnésie, et symptômes physiques et psychiques concomitants.

2° A quelle variété appartient l'amnésie ?

3° Quel était l'état antérieur de la mémoire ?

4° L'amnésie s'accompagne-t-elle d'autres phénomènes de même ordre ou d'ordre différent ?

Les amnésies fonctionnelles se distinguent encore des dysmnésies par leur évolution ultérieure. « Au point de vue pronostique, l'amnésie organique est incurable, tandis que l'amnésie fonctionnelle peut toujours être (nous ne disons pas est toujours) curable à quelque variété qu'elle appartienne ». (Sollier.)

Signalons en terminant que certaines amnésies de ce genre peuvent être *périodiques*. Le type de l'amnésie périodique nous est fourni par le somnambulisme hystérique, dans lequel les souvenirs de la vie normale et ceux de la vie somnambulique semblent indépendants les uns des autres et constituer pour le malade comme une existence en partie double.

V. — DES HALLUCINATIONS

Nombreuses sont les définitions de l'hallucination. Les unes sont la traduction de la simple observation clinique; les autres, au contraire, correspondent aux interprétations théoriques sur la nature et la pathogénie du symptôme. Or, il s'en faut qu'aujourd'hui encore la lumière soit faite à cet égard ; et mieux vaut, il nous semble, rester sur le terrain de l'observation clinique.

La première bonne définition en ce genre, la plus simple et peut être aussi la meilleure, est celle d'Esquirol. « Un homme, dit-il, qui a la conviction entière d'une sensation actuellement perçue, alors que nul objet extérieur propre à exciter cette sensation n'est à la portée de ses sens, est dans un état d'hallucination. »

Sans doute, on peut dire que la définition d'Esquirol n'est pas assez générale. Elle n'envisage que l'hallucination en tant que créant l'apparence d'un objet extérieur, tandis qu'il existe des phénomènes du même genre dans le domaine des sensations internes, de la cénesthésie. Néanmoins, tout en ne considérant que l'hallucination sensorielle, s'exerçant dans le domaine des sens de la vie de relation, cette définition peut nous suffire pour déterminer dès l'abord le phénomène psychologique que nous devons étudier. On pourra, si l'on veut, la remplacer par la formule bien connue, plus concise et plus générale : « L'hallucination est une perception sans objet. »

La caractéristique de l'hallucination est de créer l'apparence d'un objet extérieur actuel qui n'existe pas en réalité.

Il y a un acte qui présente les mêmes caractères fondamentaux signalés dans l'hallucination, c'est la perception des objets extérieurs, la perception sensorielle.

Le rapprochement s'impose de lui-même : il n'est pas un seul aliéné qui manque de l'indiquer : « J'ai vu, j'ai entendu aussi distinctement que je vous vois, que je vous entends. » (Esquirol.)

Ce langage est la preuve que pour les malades il n'y a pas de différence entre les impressions hallucinatoires et les impressions réelles, provoquées par des objets dont l'existence nous est révélée par le témoignage de nos sens. Les deux se mêlent, se confondent à tel point qu'ils ne peuvent douter de la réalité des unes, puisque tout le monde admet la réalité des autres. Pour eux, l'hallucination ne se distingue pas de la perception normale.

Sans aller aussi loin, nous pouvons considérer tout au moins l'hallucination comme une forme pathologique de la perception.

Elle n'est pas la seule.

« Pour qu'une perception soit vraie, normale, régulière, il faut non seulement qu'elle corresponde à la *présence actuelle* d'un objet matériel existant, étranger ou inhérent à l'organisme humain, mais qu'elle soit la copie fidèle de cet objet. » (Michéa.)

Lorsque la première de ces conditions (et par suite la seconde) vient à manquer, la perception est hallucinatoire, mais il peut se faire que la seconde condition seule ne soit pas remplie. Il s'agit alors d'un trouble de la perception plus simple, plus facile à étudier et à interpréter. On le désigne le plus communément du nom d'*Illusion.*

C'est Arnold qui a le premier introduit dans la pathologie mentale la distinction entre l'illusion et l'hallucination, définitivement établie dans la suite par Esquirol. Cette opinion est aujourd'hui fortement battue en brèche, et la plupart des auteurs, tout en continuant à signaler l'existence des faits dits d'illusion, n'admettent pas entre eux et les hallucinations de différences fondamentales. Ce seraient simplement deux variétés d'un trouble psychologique, ne différant que par le point de départ. L'illusion n'est plus ainsi qu'une hallucination dont le point de départ est manifeste, l'hallucination une illusion dont le point de départ est latent.

On a généralement l'habitude, lorsqu'on les envisage par rapport à leur point de départ, de distinguer les hallucinations en *périphériques* et *centrales*.

Les hallucinations dites périphériques sont celles dans lesquelles le processus hallucinatoire reconnaît à son origine une excitation de la périphérie de l'appareil sensoriel correspondant.

La cause première de cette excitation peut résider dans l'appareil sensoriel lui-même (troubles fonctionnels ou lésions matérielles des organes des sens), ou se trouver en dehors du sujet, dans le monde extérieur. D'où la division des hallucinations *périphériques* en *subjectives* et *objectives*.

Ce n'est pas tout : qu'il s'agisse d'hallucinations périphériques, objectives ou subjectives, l'excitation initiale peut porter sur l'appareil sensoriel correspondant à l'hallucination ou sur un appareil sensoriel différent. Ces diverses hallucinations peuvent ainsi être distinguées en *directes* et *indirectes* ou *réflexes*. (Kahlbaum.)

Existe-t-il des hallucinations purement centrales, c'est-à-dire n'ayant comme point de départ aucune excitation périphérique objective ou subjective ? Le fait est contesté.

Nombre d'auteurs admettent que les hallucinations exigent toujours, pour se produire, une sensation venant mettre en mouvement le mécanisme automatique des centres nerveux (Ball). « Dans la grande majorité des cas d'hallucination, il est impossible de prouver qu'il n'y ait pas la moindre parcelle d'action extérieure contribuant à produire l'effet. » (J Sully.)

La remarque est évidemment fondée. Cependant l'existence d'hallucinations centrales n'a rien qui répugne à l'esprit, si l'on se reporte, par exemple, aux observations dans lesquelles on les voit faire cortège à des convulsions épileptiformes ou à des lésions organiques de l'écorce. La clinique et l'expérimentation psychologique montrent aussi qu'il existe toute une catégorie d'hallucinations visuelles ayant des caractèrss différents de celles qui reconnaissent une origine périphérique.

Ces hallucinations dites centrales peuvent dépendre de causes différentes.

Tantôt elles sont en rapport avec des lésions organiques diverses intéressant l'écorce cérébrale directement (tumeurs cérébrales, foyers de ramollissement) ou indirectement (lésions des méninges, des os du crâne).

Dans les cas où l'on ne soupçonne pas l'existence de lésions cérébrales, on peut quelquefois cependant invoquer d'une façon plausible l'action sur les éléments nerveux d'agents toxiques ou infectieux, ou de troubles de la nutrition. Mais bien des fois aussi ces hypothèses même font défaut. On reste dans l'ignorance la plus complète du trouble pathologique qui détermine l'hallucination centrale; et l'on est forcé de se rejeter sur l'intervention de causes psychiques, que l'hallucination soit le produit de l'automatisme cérébral, ou encore l'aboutissant extrême d'un système d'idées délirantes (hallucinations d'origine intellectuelle).

Dans l'énumération précédente des diverses hallucinations envisagées suivant leur point de départ, figurent des faits qui seraient désignés, suivant les auteurs, tantôt sous le nom d'illusions, tantôt sous le nom d'hallucinations.

La limite, en effet, est très difficile à tracer, et bien des opinions ont cours à ce sujet.

Il y a d'abord l'ancienne division, telle que l'a établie Esquirol, d'après laquelle toute perception pathologique, ayant un point de départ réel, serait une illusion.

Aujourd'hui, bien que l'on continue encore à parler d'illusions et d'hallucinations, leur distinction ne repose pas sur le même principe.

L'opinion la plus courante est que tous les phénomènes de perception

pathologique, quels qu'ils soient, ayant un point de départ objectif, sont des illusions. Du moment que le point de départ est subjectif, vînt-il de la périphérie, on a affaire à une hallucination (Tamburini).

D'autres auteurs étendent ou restreignent beaucoup plus le domaine de l'hallucination.

Pour les uns, Binet par exemple, le terme illusion ne doit désigner que les erreurs sensorielles physiologiques; l'erreur sensorielle pathologique est une véritable hallucination. Par suite, les hallucinations périphériques, objectives ou subjectives, deviennent un chapitre important de l'hallucination.

Inversement, d'autres auteurs n'admettent comme véritables hallucinations que celles d'origine centrale; les autres, périphériques objectives ou subjectives, n'étant que des illusions(Koch).

Il en est même qui vont encore plus loin et pensent que bien des hallucinations dites centrales ne sont que des illusions (Joffroy).

A quelle opinion se ranger? Ainsi que je l'ai indiqué tout à l'heure, il me semble évident que les phénomènes distingués sous les noms d'illusions et d'hallucinations n'offrent vraiment pas au fond de différence de nature et ne sont que des variétés d'un même trouble pathologique; aussi, en théorie, peut-on légitimement faire rentrer les illusions dans le cadre général des hallucinations, à la condition qu'elles figurent dans une classe à part, celle des hallucinations périphériques.

Néanmoins, comme les perceptions pathologiques qui succèdent à une impression périphérique, objective ou subjective, ne sont pas toutes absolument identiques (p. 215); comme, d'autre part, les hallucinations périphériques ou centrales ont une valeur séméiologique différente, il y a intérêt, en pratique, à les distinguer et à conserver l'ancienne division des illusions et des hallucinations, du moment qu'on s'entend sur la portée réelle de ces termes.

A. — Les différentes variétés d'hallucinations.

Nous avons distingué déjà les hallucinations en périphériques et centrales; mais cette division très générale est absolument insuffisante pour donner une idée des principales variétés d'hallucinations que l'on rencontre en clinique. Il est d'autres catégories à établir, variables suivant le point de vue auquel on envisage ce symptôme.

Tout d'abord, les hallucinations peuvent être *conscientes* ou *inconscientes* suivant que le malade reconnaît avoir affaire à un phénomène pathologique, ou au contraire, en ignore le caractère morbide.

Si, d'autre part, on envisage les hallucinations d'après leur contenu, on peut établir parmi elles une sorte d'hiérarchie au point de vue psycho-physiologique.

Prenons comme exemple les hallucinations de l'ouïe. A l'état normal, les perceptions qui succèdent à une impression auditive sont multiples : on les distingue d'ordinaire en trois catégories.

Il y a d'abord la *perception auditive brute*, qui permet de percevoir un son avec tous ses caractères généraux : intensité, timbre, hauteur. Le son est perçu en tant que son, rien de plus.

Un degré plus parfait constitue la *perception auditive différenciée;* le son perçu est alors mis en rapport avec l'idée de l'objet qui le produit. Il réveille dans l'esprit l'idée de l'objet particulier auquel on l'attribue.

Vient enfin la *perception auditive verbale*, celle qui nous permet d'entendre le mot prononcé à notre oreille, non seulement comme son, ou assemblage de sons, mais comme son différencié en rapport avec l'idée de l'objet auquel il s'applique.

Ces divisions, qui sont couramment admises, peuvent nous permettre d'établir une classification correspondante des hallucinations de l'ouïe, d'après leur contenu.

La pathologie nous a déjà appris que chacun des trois modes de perception des sons pouvait être altéré. On a distingué ainsi la *surdité corticale* caractérisée par la perte de l'audition du son brut ; la *surdité psychique* qui fait perdre la faculté de rapporter un son à l'objet qui le produit; enfin la *surdité* verbale ou perte de l'audition des mots en tant qu'ils expriment l'idée d'un objet.

Des distinctions parallèles peuvent être appliquées aux hallucinations correspondantes et l'on peut donc admettre :

Des *hallucinations auditives élémentaires* consistant dans la perception de *sons bruts indéfinis.*

Des *hallucinations auditives communes*, lorsqu'il s'agit de bruits *différenciés rapportés à des objets déterminés.*

Enfin, des *hallucinations auditives verbales*, alors que les malades entendent des *mots représentant des idé es*

Ces trois variétés d'hallucinations n'ont pas la même valeur diagnostique ou pronostique. De plus, si les deux premières sont relativement fort simples et se rencontrent dans toute espèce d'hallucinations sensorielles, la troisième est au contraire complexe et spéciale à certains sens (ouïe, vue, sens musculaire), la fonction du langage intervenant dans le phénomène pathologique.

La division la plus fréquemment adoptée pour l'étude des hallucinations est celle qui les classe d'après les différents sens. Mais elle est insuffisante et laisse de côté un bon nombre de phénomènes hallucinatoires importants. Il est préférable, si l'on veut faire une revue clinique complète des hallucinations, de les répartir en trois catégories : les *hallucinations sensorielles*, les *hallucinations cénesthésiques* les *hallucinations motrices.*

Hallucinations sensorielles. — *Hallucinations de l'ouïe.* — Ce sont les plus variées et l'on retrouve parmi elles les différentes catégories générales d'hallucinations périphériques, objectives ou subjectives, directes ou réflexes, centrales, conscientes et inconscientes, que nous avons indiquées. Ce sont elles aussi qui montrent de la façon la plus nette les différents degrés de la perception hallucinatoire.

Ainsi, dans les cas les plus simples, les malades ne perçoivent que des sons mal déterminés, des bruits confus qu'ils traduisent par des onomatopées ou comparent à des bourdonnements, des bruissements, des tintements... Ce sont là les hallucinations auditives *élémentaires*.

Dans des cas déjà plus complexes, les bruits entendus sont nettement spécifiés, rapportés à tel ou tel objet déterminé dont l'idée se trouve ainsi éveillée dans l'esprit du sujet. Il entend le sifflement des balles, le roulement du tambour, le crépitement d'une machine électrique, des cris d'animaux, des pas d'individus, etc... La perception hallucinatoire est devenue plus parfaite ; c'est l'hallucination *différenciée commune*.

Enfin l'hallucination auditive peut encore prendre une forme mieux définie, et faire entendre des voix articulant des mots, représentant des idées. C'est l'hallucination auditive *différenciée*, *verbale*.

Celle-ci peut se présenter sous des aspects multiples.

La voix peut venir d'endroits différents, être lointaine ou proche, haute ou basse ; elle peut revêtir des timbres variables, inconnus ou familiers ; elle peut être affectueuse ou menaçante. Tantôt la voix est unique, tantôt il y a un concert de voix. Tantôt elle fait entendre un simple mot, ou bien des phrases stéréotypées : d'autres fois c'est un véritable discours, monologue ou dialogue ; tantôt le malade est interpellé directement, tantôt il assiste à une conversation entre deux ou plusieurs personnages imaginaires.

Mais, dans tous les cas, il affirme entendre les voix absolument comme il entendrait celle d'un interlocuteur réel.

Quand un malade parle plusieurs langues, les voix conversent le plus souvent dans la langue usuelle ; mais elles peuvent cependant se servir de celle qu'il ne parle pas d'habitude.

Ces hallucinations verbales auditives sont les plus fréquentes chez les aliénés. Cela tient à ce que nous sommes pour la plupart, et naturellement, surtout des auditifs.

D'ailleurs, si l'on n'est pas auditif, on peut le devenir par l'exercice, et l'aliéné lui-même nous en fournit une preuve. Dans certaines formes chroniques où prédomine l'hallucination de l'ouïe, le malade arrive à ne plus pouvoir penser sans *entendre* sa pensée se répercuter au dehors, avant même qu'il l'ait formulée ; c'est ce phénomène qu'on désigne en psychiatrie sous le nom d'*écho de la pensée*.

La surdité n'empêche pas les hallucinations de l'ouïe.

Hallucinations visuelles. — Tout aussi fréquentes, mais se manifestant dans d'autres circonstances que les auditives, les hallucinations visuelles sont passibles des mêmes distinctions en périphériques et centrales, conscientes et inconscientes.

Elles peuvent se présenter également sous la forme de perceptions *élémentaires*, visions de lueurs, de flammes, d'étincelles, de globes lumineux de diverses couleurs, souvent de couleur rouge (erythopsie). D'autres fois elles se présentent comme *hallucinations communes*, *différenciées*, en rapport avec

l'idée d'un objet déterminé : telles sont les visions de spectres, de démons, d'assassins. Enfin, il existe aussi des hallucinations *verbales visuelles*. Tout en n'étant pas rares, elles sont cependant moins fréquentes que les hallucinations verbales auditives; d'abord parce que, à l'état normal, les images verbales visuelles sont moins fréquemment usitées que les auditives dans le langage intérieur ; de plus, bien des individus ne savent pas lire, et ceux-là ne peuvent évidemment pas avoir d'hallucinations visuelles verbales.

Parfois confuses, peu distinctes, les images hallucinatoires acquièrent dans d'autres cas une netteté parfaite.

Certains malades voient toujours une seule et même image; d'autres fois il y a une succession de figures, de tableaux qui se succèdent devant leurs yeux comme les images d'un kaléidoscope.

Les objets qui apparaissent ainsi à l'halluciné semblent tantôt agrandis, tantôt plus petits que nature. Parfois fixes, immobiles, ils sont d'autres fois animés, se déplacent et fuient le regard.

Ils varient suivant l'état mental même du sujet : tantôt ce sont des visions d'animaux (hall. zoopsiques) ou d'assassins, de gendarmes, de têtes de mort, de cercueils, d'instruments de supplice, des scènes de toute espèce riantes ou effrayantes, des apparitions mystiques, des images érotiques, etc.

L'hallucination visuelle se produit en général les yeux ouverts; elle peut disparaître par l'occlusion d'un œil ou des deux yeux. D'autres fois, au contraire, elle ne survient que lorsque les yeux sont fermés. Beaucoup de malades n'en ont que la nuit ou dans l'obscurité. Elle n'est pas rare chez les aveugles.

Elle peut n'intéresser qu'une des parties symétriques des deux champs visuels (Hall. hémiopiques).

Quelquefois l'hallucination visuelle est interceptée par l'interposition d'un corps opaque, ou bien c'est elle qui fait écran aux objets situés derrière elle.

On a cité des faits dans lesquels l'image visuelle se dédoublait par la pression du doigt sur le globe oculaire, modifiant le parallélisme des axes optiques (Breivster, Ball et Despine). L'expérimentation a aussi démontré que l'image hallucinatoire pouvait dans certains cas se réfléchir dans un miroir, se dévier par le prisme comme celle d'un objet réel (Binet et Féré).

Hallucinations du goût et de l'odorat. — Elles sont loin d'avoir la fréquence et la netteté des hallucinations de l'ouïe ou de la vue. Aussi sont elles le plus souvent très difficiles à préciser. Beaucoup d'entre elles semblent correspondre à cette espèce de perceptions pathologiques que l'on désigne le plus communément du nom d'illusions.

La plupart du temps elles sont élémentaires; mais elles peuvent se présenter cependant à l'occasion sous la forme d'hallucinations différenciées.

L'halluciné de l'odorat se dit poursuivi par des odeurs fétides, repoussantes, qu'il peut qualifier ; c'est une odeur de brûlé, de soufre, d'ammoniaque, de pourri, de fumier, etc. ; plus rarement l'odeur est de caractère agréable. Ces odeurs viennent l'impressionner du dehors. Dans certains cas particuliers, le malade croit au contraire que cette odeur s'exhale de lui-même et s'imagine

être devenu un objet d'horreur pour son entourage ; son corps sent le pourri, la gangrène, la chair en décomposition.

L'halluciné du goût trouve à ses aliments, à ses boissons, une saveur particulière, âcre, amère, acide, de phosphore, d'arsenic, de strychnine, etc. Ces hallucinations se relient très souvent à des idées d'empoisonnement.

Hallucinations tactiles. — Les hallucinations du toucher, toucher actif, ne sont pas aussi fréquentes que les précédentes. On en rencontre cependant des exemples, notamment dans les délires toxiques, alcoolique ou cocaïnique par exemple. Rarement isolées, elles s'associent souvent avec des hallucinations de la vue.

Bien plus fréquentes sont les hallucinations intéressant le toucher passif. Elles ont presque toujours un caractère pénible : ce sont des sensations de fourmillement, de pincement, de piqûre, de grattement, de coups, de dilacération, d'arrachement, de brûlure, de mouillure (hallucinations de la sensibilité hygrique). La plupart du temps ces sensations sont de nature désagréable, bien rarement insignifiante ou agréable (attouchements, chatouillements, caresses). Ces phénomènes hallucinatoires sont souvent confondus et décrits avec les troubles de la sensibilité générale. Bien que la chose ne soit pas aisée, on doit cependant chercher à les distinguer. Sans doute il est difficile de dire, pour les sensations tactiles en particulier, où commence la sensation interne, où finit la sensation externe. Cependant l'étude clinique des différentes formes vésaniques nous enseigne que les malades n'interprètent pas toujours les sensations de la même façon. Dans certains cas, ils les rapportent à des objets extérieurs (poudres, animaux, liquides, instruments tranchants ou contondants, machines électriques, etc.) dont l'existence est affirmée pour eux par les contacts divers qu'ils en ressentent. Ce sont des hallucinations tactiles proprement dites.

Dans d'autres cas, les mêmes troubles sensitifs ne sont plus rapportés à un objet extérieur, mais au moi sentant. Il ne s'agit plus alors que de perversions de la sensibilité générale intéressant les sensations internes et rentrant dans la catégorie de celles que nous allons examiner maintenant.

Hallucinations cénesthétiques. — On donne le nom de *cénesthésie* au sentiment général que nous avons de l'existence de notre propre corps ; c'est « la somme, le chaos non débrouillé des sensations qui de tous les points du corps sont sans cesse transmises au sensorium » (Henle). Ce sont ces sensations dérivant des organes et des tissus pris individuellement, à l'exclusion des organes des sens spéciaux, qui ont été appelées des différents noms de ***sensibilité générale, sensations organiques, sensations internes.***

Bien qu'elles n'aient guère de caractère représentatif, qu'il s'agisse d'impressions peu susceptibles de revivre sous forme d'images, il n'en est pas moins vrai que les indications des malades sur leur état intérieur, dénotent dans les bases premières du sens organique des altérations que l'on désigne

communément des noms d'illusions ou d'hallucinations de la sensibilité générale, ou cénesthésiques (Tamburini).

Tout organe, tout viscère peut ainsi devenir le siège de sensations désagréables ou douloureuses, de déplacement, de changement de forme, de volume, de consistance, etc. Tel aliéné croit avoir le ventre plein d'animaux, de démons ; tel autre a des trous dans le cerveau, des vers dans le poumon, du pus dans les veines, ou bien l'estomac bouché, l'utérus plein de fœtus imaginaires, etc.

Ces différentes sensations imaginaires peuvent être fixes ou mobiles, partielles ou généralisées.

Dans ce dernier cas, le malade éprouve des sensations, des commotions, des douleurs indescriptibles, par tout le corps ; d'autres fois il a l'impression d'être changé en totalité, d'être en verre, en carton, en bois, en pierre, d'être creux, d'être mort, etc.

Ces hallucinations cénesthétiques, très fréquentes chez les aliénés, ont une portée toute spéciale. En effet, si les sens externes sont l'origine principale de la connaissance, ils n'interviennent que d'une façon très secondaire dans la conception de la personnalité dont la base première est dans le sens du corps, la cénesthésie. Il s'ensuit que les hallucinations sensorielles ne peuvent avoir sur la personnalité qu'une atteinte très superficielle, tandis que les cénesthésiques correspondent souvent à des altérations très graves de la personnalité (dédoublement, transformation).

Nous ne pouvons passer ici en revue toutes les variétés d'hallucinations cénesthétiques. Quelques-unes toutefois méritent une mention particulière : ce sont les hallucinations *génitales* et les hallucinations *kinesthétiques*.

Les *hallucinations génitales* sont en effet très fréquentes dans la folie : elles peuvent aller depuis l'impression la plus vague jusqu'aux sensations du coït le plus complet. Les incubes et les succubes ont joué jadis un grand rôle dans les procès de sorcellerie. Aujourd'hui rien n'est plus commun que d'entendre les malades, hommes ou femmes, accuser des personnes de leur entourage, ou même éloignées, de se livrer sur eux à toutes sortes d'actes érotiques ; et quelquefois aller jusqu'à provoquer l'intervention de la justice par leurs dénonciations calomnieuses, précises et circonstanciées.

Les *hallucinations du sens musculaire* ou *kinesthétiques* ne sont ni moins fréquentes ni moins importantes. Pendant longtemps on s'est borné à mentionner à ce propos les sensations de lourdeur, ou de légèreté, de déplacement, d'ascension, de chute, éprouvées par certains individus. Mais en réalité la question est beaucoup plus complexe. Laissant de côté l'étude du rôle joué par le sens musculaire dans les différentes espèces d'hallucinations sensorielles, nous nous occuperons seulement ici de ces phénomènes hallucinatoires particuliers dans la production desquels il prend une part prédominante et que nous avons isolés et décrits il y a déjà plusieurs années sous le nom d'*hallucinations motrices*.

Hallucinations motrices. — Elles consistent dans la perception de mou-

vements imaginaires partiels ou généraux du corps. Une hallucination de ce genre, observée souvent dans les rêves, est celle de tomber dans un précipice ou de voler. On en rencontre d'analogues dans certaines intoxications, le haschich par exemple ; chez les persécutés qui se plaignent d'être bousculés, secoués dans leur lit, chez certains mélancoliques, chez les délirants à idées de possession, comme les démoniaques d'autrefois, les sorciers qui affirmaient s'être rendus au sabbat en traversant l'espace sur un manche à balai. Dans la même catégorie rentrent aussi les sensations décrites par Weir Mitchell chez les amputés qui ont la sensation d'accomplir un mouvement dans les parties enlevées et peuvent décrire ce mouvement et la position qu'ils se figurent donner aux organes absents.

On peut distinguer dans les hallucinations motrices plusieurs catégories correspondant aux différentes variétés de perceptions que nous avons indiquées pour les hallucinations sensorielles.

Tantôt, le malade n'éprouve que la sensation d'un mouvement sans but, *indéterminé,* d'un simple déplacement partiel ou total du corps ; telle une jeune fille qui, après avoir vu des choréiques, s'imaginait sentir son bras droit « remuer tout le temps ».

D'autres fois, il s'agit de l'hallucination d'un mouvement *différencié,* correspondant à un acte déterminé (préhension, saut, marche...).

Enfin, l'hallucination peut encore être plus spécialisée, intéressant une fonction spéciale, celle du langage, dans ses éléments moteurs. C'est l'hallucination *verbale motrice, orale ou graphique,* consistant dans la perception pathologique de paroles, non plus sous la forme d'images sensorielles auditives ou visuelles, de mots entendus ou lus, mais sous la forme d'images motrices à l'aide des mouvements adaptés de l'articulation ou de l'écriture.

Nous avons déjà étudié ces hallucinations (p. 146) avec les troubles du langage : nous n'y reviendrons donc pas maintenant.

Hallucinations unilatérales. — Les hallucinations sensorielles, telles que nous les avons envisagées jusqu'ici, notamment celles de la vue et de l'ouïe, sont perçues par le sujet comme les sensations normales ; c'est-à-dire que les deux moitiés symétriques de l'appareil sensoriel y prennent part : l'hallucination est bilatérale.

Mais il est des cas où la perception hallucinatoire semble n'intéresser qu'une des moitiés symétriques du même sens, au dire de sujets qui prétendent ne voir ou n'entendre par exemple leurs hallucinations que d'un seul côté, par un seul œil ou une seule oreille. C'est l'hallucination *unilatérale* ou *dédoublée.*

Cette unilatéralité présente d'ordinaire, mais pas toujours, un caractère remarquable. Les hallucinations unilatérales ont souvent un point de départ périphérique subjectif, troubles fonctionnels ou lésions matérielles des organes sensoriels. Or, la perception de l'objet imaginaire peut différer de celle des objets réels. Cette dernière conserve, autant que l'état des organes sensoriels le permet, la forme habituelle, c'est-à-dire bilatérale, tandis que la perception hallucinatoire prend la forme unilatérale, *ordinairement du côté*

de l'appareil sensoriel atteint dans son fonctionnement; si bien qu'un halluciné de ce genre, sourd d'une oreille, pourra entendre les bruits réels du côté sain et les bruits hallucinatoires du côté où il est sourd.

Hallucinations bilatérales antagonistes. — Il est d'autres cas susceptibles d'être rapprochés des hallucinations unilatérales. Il s'agit alors d'hallucinations bilatérales, mais de caractère opposé suivant le côté affecté. Par exemple, un malade entendra des injures par une oreille, tandis que du côté opposé il entendra des paroles élogieuses et consolantes.

On a signalé, pour les hallucinations de l'ouïe, certains cas un peu différents : ce sont ceux dans lesquels les hallucinations ne diffèrent que par le timbre des bruits ou des voix entendus dans chaque oreille. On a noté alors des altérations dans une seule oreille. Dans ces hallucinations, d'origine périphérique, les deux sons perçus en même temps ne vibrant plus à l'unisson paraissent doubles et entraînent ainsi le dédoublement de l'hallucination (Mairet). C'est un mécanisme analogue à celui qui produit le dédoublement de l'hallucination visuelle par la pression du globe oculaire.

Associations hallucinatoires. — Jusqu'ici nous n'avons envisagé les hallucinations qu'à l'état de simplicité; mais il des cas plus complexes.

Il y a association hallucinatoire lorsque plusieurs hallucinations différant d'*objet* et de *localisation sensorielle,* ont un lien *direct* entre elles, et bien que différentes, peuvent s'évoquer et s'associer réciproquement.

Ces associations peuvent se faire de diverses manières : entre hallucinations élémentaires et différenciées communes, entre ces hallucinations et des hallucinations verbales, entre hallucinations verbales ; quelle que soit d'ailleurs la variété sensorielle ou motrice de chacune de ces hallucinations.

En voici un exemple très simple : Le vendredi à 7 heures, dit une malade, j'entends une espèce de boum. On aurait dit que le boum venait sur le toit, aussitôt on s'est mis à scier du bois très fort et j'ai senti l'odeur de la pisse de chat.

Ces différentes hallucinations, qui d'une part n'ont pas trait au même objet, ont d'autre part entre elles plus qu'un rapport de simple coexistence ; elles sont associées entre elles, et dans l'esprit de la malade, l'une est comme le signal de l'autre. C'est une sorte d'association d'idées différentes, réveillées par l'une quelconque de leurs images respectives, devenant assez vive et précise pour s'extérioriser sous la forme hallucinatoire.

Mais ce qu'il importe de retenir, c'est que les *images hallucinatoires ont trait chacune à des objets différents.*

Cela est si vrai que dans certains cas ces hallucinations *associées* peuvent être *antagonistes.*

Cela est surtout fréquent pour les hallucinations verbales, et l'antagonisme peut s'établir ainsi entre hallucinations verbales de même nature, auditives par exemple (*double voix* de Morel), bilatérales toutes deux, ou se cantonnant dans une oreille, chacune de leur côté ; ou bien l'antagonisme existe entre halluci-

nations verbales, auditives et motrices. J'ai souvent cité à ce propos l'exemple typique d'une persécutée chez laquelle « l'attaque » se produisait par l'intermédiaire des hallucinations verbales auditives, les motrices représentant le côté « défense ».

Le caractère capital des hallucinations verbales associées, c'est que chacune d'elles a trait à *des mots ou des phrases différentes.*

Combinaisons hallucinatoires. — Les hallucinations peuvent être dites *combinées* lorsqu'elles sont relatives à un *même* objet, aux *mêmes* paroles.

On peut admettre en clinique qu'il n'y aura combinaison proprement dite qu'autant que les hallucinations sont de même nature, soit communes, soit verbales. Toutefois, il ne faut pas oublier qu'il peut y avoir combinaison entre hallucinations communes et verbales, lorsqu'elles sont relatives à une même idée, puisque le mot n'est que le signe sensible de l'idée.

Voici un exemple de combinaison entre hallucinations communes :

Une malade se plaint un jour d'avoir entendu chez elle trois détonations « comme des fusées de feu d'artifice et en même temps d'avoir senti le soufre ».

Il s'agit là d'hallucinations combinées, en ce sens qu'elles n'ont trait qu'à un seul objet, dont plusieurs images *constitutives différentes* s'extériorisent en même temps. Elles se distinguent ainsi des hallucinations communes, isolées, qui tout en réveillant l'idée d'un objet n'extériorisent qu'une quelconque de ses images; et d'un autre côté des hallucinations communes associées extériorisant bien plusieurs images, mais relatives chacune à des objets différents.

C'est surtout dans le domaine des hallucinations verbales que se rencontrent ces combinaisons hallucinatoires. Les hallucinations verbales combinées sont celles dans lesquelles le malade perçoit un même mot ou une même phrase à l'aide de plusieurs images verbales simultanées, revêtant la forme hallucinatoire.

Les plus fréquentes résultent de la mise en jeu des deux images, auditive et motrice d'articulation.

En voici un exemple : Un malade, cité par Charcot, qui avait des voix intérieures et extérieures, sentait sa langue se mouvoir malgré lui au moment où parlait la voix intérieure. Or, en même temps que sa langue remuait, il entendait sa voix intérieure qui avait moins de timbre que l'extérieure.

B. — Mécanisme.

Les théories scientifiques de l'hallucination, considérées dans leurs lignes principales, peuvent être réduites à quatre grandes catégories.

1° *Théorie de l'origine périphérique ou sensorielle.* — Les hallucinations partiraient des appareils sensoriaux périphériques et reconnaîtraient comme

cause première une excitation des expansions terminales des nerfs sensitifs (Plater, Sauvages, Darwin, Poujol, etc.).

2° *Théorie de l'origine intellectuelle* (Esquirol, Leuret, Lélut, J. P. Falret, B. de Boismont, Delasiauve, Buchez, Peisse, Parchappe, Macario, Reil, Neumann, Griesinger). — L'hallucination s'accomplit indépendamment des sens; c'est un phénomène d'ordre purement cérébral ou psychique, un simple fait d'idéation.

3° *Théorie mixte ou psycho-sensorielle.* — Cette théorie présente de nombreuses différences suivant les auteurs. Les uns admettent l'existence d'hallucinations d'origine périphérique, sensoriale, et d'hallucinations d'origine intellectuelle, centrale (Cullen, Fodéré, Calmeil, Michéa et la plupart des auteurs modernes). Les autres regardent comme nécessaire à la production de toute hallucination proprement dite la double intervention de l'intelligence et des appareils sensoriels (Baillarger, Marcé, Motet, Ball, Descourtis, Dagonet). Il est à remarquer d'ailleurs que le rôle des sens est envisagé de façons différentes. Tandis que, pour certains, l'hallucination reconnaît à son origine une excitation de l'organe sensoriel, pour les autres, il n'interviendrait que dans l'extériorisation de l'hallucination.

4° *Théories physiologiques.* — Elles s'appuient toutes sur l'existence dans la masse encéphalique de certains points où aboutissent les nerfs sensoriels, qui y conduisent les impressions pour être transformées en perceptions. C'est de ces centres sensoriels véritables que partiraient les hallucinations.

Ces théories peuvent se classer en deux grands groupes suivant la localisation attribuée aux centres sensoriels.

Dans le premier, le rôle principal est dévolu aux couches optiques, ou, d'une façon plus générale, aux centres sensoriels infra-corticaux. Déjà en germe dans les écrits de Foville, Bergmann, Audiffrent, Hagen, Kahlbaum, Hoffmann, Leidesdorf, Virchow, Jolly, etc., cette théorie a pris avec les études de Luys, Ritti, Poincaré. Hammond une forme plus précise. Elle repose sur l'attribution aux couches optiques de fonctions sensorielles, opinion reconnue aujourd'hui inexacte.

Il en est d'autres, qui ne diffèrent guère de la précédente que par l'attribution aux centres infra-corticaux, ganglionnaires, du rôle dévolu par Luys aux couches optiques (Schrœder van der Kolk, Krafft-Ebing, Meynert, Kandinsky, Koch). La principale objection qu'on peut faire à ces théories, c'est d'attribuer un rôle trop considérable aux centres infra-corticaux, qui ne sont en réalité que les principales stations ou relais sur la voie des courants sensoriels. Les recherches expérimentales et les observations anatomo-cliniques obligent à placer plus haut, dans l'écorce, les centres proprement dits de perception.

De là, la théorie physiologique du second groupe. Déjà entrevue par quelques auteurs anciens (Michéa, Parchappe), formulée pour la première fois avec précision par Tamburini, elle est en réalité celle qui rend le mieux compte du

phénomène d'après les données anatomiques et physiologiques actuelles. Les desiderata qu'elle peut présenter ne sont que la résultante forcée de la limitation même de nos connaissances sur l'anatomie et la physiologie des voies et centres sensoriels.

D'après cette théorie, la cause fondamentale de l'hallucination est un état d'excitation des centres sensoriels corticaux, c'est-à-dire de ces points de l'écorce cérébrale où se perçoivent les impressions reçues par l'intermédiaire des différents organes et où sont disposées les images mnémoniques sensorielles. Les hallucinations seraient ainsi aux centres sensoriels et à leurs lésions ce que l'épilepsie est aux centres moteurs. Elles constitueraient une sorte d'« épilepsie des centres sensoriels ».

« Il faut admettre une excitation morbide constante des centres sensoriels corticaux, ayant pour point de départ aussi bien les organes périphériques de la sensibilité que les voies conductrices ou les centres eux-mêmes. Un état irritatif siégeant sur l'un ou l'autre de ces points aura pour résultante une sensation morbide qui sera d'autant plus simple que la lésion sera plus périphérique, d'autant plus compliquée qu'elle sera plus centrale. » (Tamburini.)

Sur ce dernier point il conviendrait peut-être de faire déjà quelques réserves.

Sans doute il est des hallucinations très simples en rapport avec une lésion initiale périphérique. Mais il serait excessif de généraliser. Par exemple, telle hallucination élémentaire du persécuté qui entend des bruits mal définis, quoique nettement perçus, extériorisés et localisés, est en réalité un fait de perception déjà très complexe, et comme tel tout aussi central qu'une hallucination bien différenciée.

L'intervention reconnue nécessaire des centres corticaux dans l'hallucination peut servir à nous expliquer d'une façon peut-être plus exacte les diverses variétés d'hallucinations élémentaires ou différenciées.

Les travaux récents sur les centres cérébraux de la vision par exemple, admettent dans l'écorce l'existence d'éléments qui sont le siège d'une différenciation fonctionnelle, les uns chargés de recueillir les perceptions vraies, les autres plus spécialement aptes à emmagasiner les souvenirs visuels. A ce point de vue, il y a encore une différence à établir entre les images visuelles communes et les images visuelles des mots nécessaires au fonctionnement du langage intérieur (Vialet).

Il est très rationnel d'admettre qu'il en soit de même pour les centres cérébraux de l'audition, bien que nos connaissances soient moins précises à leur égard.

L'hallucination verbale résulterait ainsi de l'intervention des éléments affectés aux images verbales, l'hallucination commune différenciée de l'intervention de ceux affectés aux images communes, à condition que ces dernières se trouvent associées préalablement à d'autres images sensorielles de façon à pouvoir réveiller l'idée d'un objet différencié ; sinon l'hallucination resterait élémentaire. On pourrait admettre aussi que, dans certains cas, cette dernière résulte de la mise en activité des éléments chargés de recueillir les perceptions

brutes, par exemple lorsqu'elle reconnaît une origine périphérique, extra-corticale.

Toute hallucination, quelle qu'elle soit, réclame donc l'intervention des centres corticaux, qui lui est indispensable, sans laquelle elle ne pourrait exister.

Mais se trouve-t-elle suffisamment expliquée par un état d'irritation du centre sensoriel correspondant, et la formule qui fait de l'hallucination « une épilepsie des centres sensoriels » est-elle vraiment bien exacte ? Est-il permis de comparer des mouvements convulsifs comme ceux de l'épilepsie aux images prises et intelligentes des hallucinations ?

Cette question se rattache à celle de la nature même des images mentales et de la conception du rôle des centres.

L'étude détaillée de cette question nous entraînerait dans de trop longs développements. Nous rappellerons très sommairement qu'il importe de ne pas perdre de vue les rapports respectifs qui unissent entre eux les différents centres sensoriels aussi bien dans les phénomènes de perception que dans ceux d'hallucination. Il ne faut pas demander par exemple au centre auditif *seul* plus qu'il ne peut donner, c'est-à-dire des perceptions brutes ou des hallucinations élémentaires de sons avec leur timbre, leur hauteur, leur intensité. Mais c'est tout. Et dès qu'il s'agit de la perception ou de l'hallucination d'un son différencié, cela suppose l'association d'autres images nécessaires à la constitution de l'idée de l'objet ainsi déterminé, et par suite, l'intervention non seulement du centre auditif, mais d'une série d'autres centres. De même la perception ou l'hallucination auditive verbale suppose encore l'intervention d'un ou de plusieurs autres centres spéciaux : ceux de la fonction du langage. Et ne savons-nous pas que le mot n'est qu'un complexus d'images, que ces différentes images du mot sont associées ensemble et à celles de l'idée et que par suite elles peuvent toutes se réveiller l'une l'autre ? C'est en m'appuyant sur ces considérations que j'ai pu, dans mes premiers mémoires sur les hallucinations et dans mes leçons cliniques, établir la distinction et le mécanisme des hallucinations élémentaires ou différenciées, communes et verbales. Il est d'ailleurs certains faits d'hallucination qui sont comme la preuve naturelle, la justification de cette manière de voir. Ce sont ceux que j'ai étudiés sous le nom de combinaisons hallucinatoires, intéressant en même temps plusieurs images constitutives d'un même objet ou d'un même mot qui s'extériorisent à la fois dans le domaine des sens correspondants. D'autre part, les images sensorielles de l'hallucination se trouvent en connexité avec des images musculaires qui prennent part aussi au mécanisme du phénomène et auxquelles Tamburini attribue même la projection extérieure de l'image hallucinatoire.

Cette notion de la complexité de l'image hallucinatoire et de l'association de ses divers attributs est d'autant plus importante à connaître, qu'aujourd'hui elle est devenue pour certains auteurs, beaucoup plutôt que son intensité, le véritable criterium de son objectivité (P. Janet, Souriau).

Mais l'étude des conditions pathogéniques de l'hallucination ne peut pas et ne doit pas s'arrêter là. Si nous ne pouvons plus à cet instant nous appuyer sur

les données de la physiologie cérébrale, ce n'est pas une raison pour négliger le rôle de facteurs aussi importants que les facteurs psychologiques : l'attention, la croyance, la mémoire, l'association des idées, le contraste psychique, l'automatisme et la désagrégation psychiques... L'apport psychique est d'ailleurs mis en évidence par différentes preuves souvent invoquées par les partisans de la théorie intellectuelle : par exemple, les rapports de l'hallucination avec la forme du délire, avec la profession, avec le degré d'intelligence et de culture du sujet, de prédominance chez lui d'un type d'images mentales (type visuel, auditif, moteur), avec des sensations vives antérieures qu'elle ne fait que reproduire.

Ainsi, l'intervention du centre sensoriel cortical correspondant est évidemment une condition pathogénique nécessaire de l'hallucination; mais elle n'en est pas la condition *nécessaire* et *suffisante*. « *L'hallucination ne doit pas être purement considérée comme un* « *délire des sensations* », suivant une expression fréquemment employée. Cela ne peut s'appliquer qu'à ses formes les plus élémentaires; mais dans ses formes les plus élevées, elle apparaît comme un phénomène psychologique très complexe et *revêt toutes les allures d'un véritable délire, dans le sens le plus général du mot.* » (Séglas.)

Cela veut-il dire qu'il faille absolument refuser aux sens toute participation ? Nullement. Leur rôle toutefois est secondaire, et reste celui d'agent provocateur, de facteur étiologique plutôt que de condition pathogénique.

Il ne faut pas oublier toutefois que les excitations sensorielles peuvent jouer à l'occasion un rôle plus important, en déterminant la forme sensorielle sous laquelle se manifeste le travail intellectuel présidant à la genèse de l'hallucination (Crystal-vision, Shell Hearing).

Les impressions sensorielles peuvent encore intervenir dans l'extériorisation et la localisation du phénomène hallucinatoire.

Bien des hypothèses ont été invoquées à ce propos, par exemple, celle d'un courant sensoriel centrifuge allant du cerveau à la périphérie (Baillarger, Hagen, Griesinger); celle de l'onde réflexe perceptive (Sergi); celle de l'existence de voies sensorielles centrifuges « qui nous inclinent à penser qu'à côté du processus afférent qui porte l'impression au centre il y en a une autre, inverse, qui ramène l'image à la périphérie » (Bergson); celle de la connexité des images sensorielles avec des images musculaires (Tamburini); celle de l'existence pour chaque sensation d'un *signe local* (Lotze, Wundt), etc.

Dans nombre de cas, les choses peuvent s'expliquer d'une façon beaucoup plus simple.

Si, par exemple, l'image cérébrale qui s'extériorise crée si bien l'apparence d'un objet extérieur, cela résulte quelque peu de ce que cette image est associée à des impressions des sens, accompagnée et soutenue par un certain nombre de perceptions externes qui lui communiquent leurs propriétés. Il en résulte que l'objet fictif, créé par l'hallucination, est naturellement placé au milieu des objets extérieurs et localisé non par rapport au moi, mais par rapport à eux (Calmeil, Souriau).

Ce sont les impressions des sens qui viennent ainsi contribuer souvent à la localisation de l'hallucination à titre *point de repère*.

L'étude du mécanisme physiologique des hallucinations motrices est particulièrement intéressante en ce sens qu'elle nous montre péremptoirement que la formule faisant de l'hallucination simplement une épilepsie de tels ou tels centres de l'écorce ne peut être prise à la lettre. Plus que d'autres, les hallucinations motrices sont de nature à prouver la distinction. Il est hors de doute qu'elles réclament l'intervention des centres moteurs de l'écorce ; mais cela ne suffit pas, et une irritation physique seule, pure et simple, de ces centres ne pourrait expliquer la différence qui existe entre les décharges spasmodiques, convulsives, désordonnées de l'épilepsie et la représentation de mouvements déterminés, combinés, systématisés, ou de paroles articulées en rapport avec tel ou tel délire constituant l'hallucination motrice, commune ou verbale.

L'hallucination sensorielle n'est pas plus une simple épilepsie des centres sensoriels que l'hallucination motrice n'est une épilepsie des centres moteurs et l'hallucination verbale motrice une épilepsie du centre de Broca.

En donnant à ces hallucinations le qualificatif de motrices, cette dénomination n'avait pour but, dans mon esprit, que de rappeler l'intervention des centres moteurs, provoquée par un trouble fonctionnel de ces centres analogue à celui qui dans les hallucinations sensorielles intéresse les centres sensoriels corticaux. Or nous nous sommes expliqués tout à l'heure sur le rôle exact qui revient à ces derniers.

Toutes autres conditions restant comparables à celles des hallucinations en général, la caractéristique de l'hallucination motrice, c'est donc de s'adresser aux images du même nom. Il ne sera peut-être pas inutile à ce propos de rappeler ce qu'est une image motrice ; et cette question se rattache à celle de la nature fonctionnelle des centres moteurs corticaux.

Or, on admet aujourd'hui que ces centres corticaux sont à la fois le foyer de perception des sensations provenant des parties correspondantes du corps et le point de départ des excitations centrifuges allant aux muscles de ces même régions. Ce sont des centres sensorio-moteurs.

Dès lors leur excitation fonctionnelle, qui précède chaque acte moteur, comprend à la fois la reproduction de l'image du sens musculaire et tactile qui accompagne habituellement ces mouvements et suscite en même temps l'impulsion centrifuge vers les muscles qui doivent en assurer l'exécution.

L'image motrice peut donc être considérée comme constituée par l'apparition d'images sensorielles tactiles et musculaires du mouvement, accompagnant une impulsion centrifuge qui, tout en produisant dans les muscles et les nerfs désignés pour le mouvement une modification semblable à celle de l'acte moteur central, ne conduit pas à un mouvement réel.

Dans les hallucinations, cette image devient assez vive pour que l'acte puisse apparaître comme en voie d'exécution.

Quand les organes chargés de ce mouvement existent encore et sont dans

des conditions normales, l'impulsion motrice envoyée jusqu'à eux peut produire des modifications telles que, sans qu'il y ait mouvement accompli, il arrive aux éléments sensoriels des centres une nouvelle image qui, renforçant la première, complète l'hallucination du mouvement (Tamburini).

Ainsi, comme le fait remarquer Tamburini, qui a résumé très clairement cette question, dans une hallucination complète du mouvement, les parties périphériques étant intactes, on peut distinguer trois phases : 1° une phase centrale constituée par la formation dans le centre cortical, d'une image sensorielle de mouvement; 2° une phase centrifuge constituée par l'impulsion motrice, qui du centre cortical se dirige vers les nerfs et les muscles destinés au mouvement ; 3° une phase centripète représentée par la sensation provenant des appareils périphériques du mouvement subissant les modifications dues à l'impulsion motrice.

De ces trois phases la dernière n'est pas nécessaire à la production de l'hallucination motrice, ainsi que le prouvent les hallucinations des amputés.

Les considérations précédentes peuvent servir à nous expliquer les différents degrés qu'on observe dans les hallucinations motrices communes ou verbales.

Par exemple, l'excitation morbide du centre moteur d'articulation fait naître à la fois l'image sensorielle des mouvements correspondant à la représentation verbale et l'impulsion relative à ces mêmes mouvements. Cette dernière, suivant l'intensité de l'excitation initiale, produit dans les nerfs et les muscles destinés à la prononciation de la parole des modifications d'innervation périphérique analogues à celles qui parviennent à la conscience quand le mouvement est exécuté, alors même qu'il n'a pas lieu (hallucination verbale kinesthétique simple). A un degré plus intense, l'impulsion détermine des mouvements périphériques peu accentués, perceptibles pour le malade seul, ou parfois pour l'observateur (hallucination verbale motrice proprement dite).

Enfin, si l'excitation est encore plus forte, l'émission de la parole se produit sous forme d'*impulsion* incoercible.

Les mêmes considérations nous expliquent aussi aisément la localisation de ces hallucinations rapportées *excentriquement*, à la périphérie de l'appareil vocal, dans la langue, la bouche, ou même dans la gorge, l'épigastre, la poitrine. En effet, les sensations qui se rattachent au mouvement des lèvres ou de la langue ne sont pas, dans l'articulation des mots, les seules exclusives. Il faut tenir compte des sensations analogues émanant du larynx, des muscles respiratoires, etc., qui préparent l'articulation proprement dite, et dont l'intervention est nécessaire et indispensable dans l'acte d'ensemble de la parole.

Dans les cas où la voix est rapportée à une partie quelconque du corps (genou, doigt, etc.), l'explication la plus vraisemblable de cette localisation singulière se trouve en général dans une association hallucinatoire ou dans une sensation réelle concomitante et servant de repère.

C. — Diagnostic.

Deux cas peuvent se présenter :

1° On peut avoir à déterminer l'existence d'hallucinations chez des aliénés qui *refusent* de répondre à l'interrogatoire et se renferment dans un mutisme obstiné.

Je rappellerai même que, parmi les causes du mutisme vésanique, figure la présence des hallucinations à différents titres.

Dans ces conditions, le diagnostic d'hallucinations ne peut se fonder que sur la notion des symptômes *objectifs* qui les accompagnent souvent, d'une façon plus ou moins nette.

De ces symptômes objectifs, il est quelques-uns, tels que les modifications du pouls, de la circulation vaso-motrice, etc., sur lesquels je n'insiste pas ; car ils ne valent guère pour le diagnostic pratique, et sont communs, non seulement à toute espèce d'hallucinations, mais encore à bien des faits psychiques d'un autre ordre.

De plus importants sont ceux qui ont trait aux réactions mimiques provoquées par les hallucinations.

Dans les hallucinations auditives, par exemple, la tête se tourne de façon à porter le pavillon de l'oreille dans la direction d'où semble venir l'hallucination. En même temps, on saisit une modification particulière dans l'expression du regard qui devient attentif, de même un léger mouvement de tout le corps, soit pour mieux écouter, soit pour fuir. En un mot, l'attitude du malade est celle d'une personne qui écoute.

Certaines habitudes ou particularités du costume tendant, par un moyen ou par un autre, à intercepter les sons par l'occlusion des oreilles, peuvent également mettre sur la piste d'hallucinations de l'ouïe.

Dans l'hallucination verbale motrice, le malade ressemble à quelqu'un qui parle seul ; on peut constater des mouvements des lèvres et retrouver des attitudes particulières, des habitudes ayant pour but de comprimer le point de départ des voix intérieures, de s'opposer aux mouvements de la langue, etc.

Les signes objectifs de l'hallucination de la vue sont souvent des plus faciles à saisir. C'est d'abord la rotation de la tête, la fixation du regard, les changements de dimensions de la pupille en rapport avec la direction ou la distance de l'hallucination, l'expression émotionnelle du regard, de l'attitude générale du sujet.

On a signalé encore ce fait que les hallucinés de la vue ont souvent des sensations désagréables de corps étrangers, de picotements qui les portent à se frotter les yeux.

Les hallucinations du goût s'accompagnent de mouvements de dégustation ou de déglutition, de salivation ou de crachotements.

Les hallucinations de l'odorat s'accompagnent fréquemment de mouvements d'expiration nasale. Souvent aussi les malades s'ingénient à se garantir

des mauvaises odeurs en s'accoutrant d'une manière bizarre, de façon à se fermer la bouche et les narines.

Les hallucinations du sens génital provoquent souvent des gestes, des attitudes lascives. Quant aux autres hallucinations de la sensibilité générale, elles ne se traduisent guère à l'extérieur que par des soubresauts, des mouvements de fuite, de défense, de grattage, des particularités du costume ayant pour but de protéger la partie du corps où elles se manifestent.

Chez les aliénés chroniques, quelques auteurs (Féré) ont signalé encore l'existence de rides perpendiculaires à la direction des fibres des muscles qui interviennent dans les expressions mimiques en rapport avec tel ou tel ordre d'hallucination.

2° Le malade est halluciné *au moment* même de l'examen et *répond* d'autre part aux questions qu'on lui adresse.

Il ne faut jamais trop se hâter de conclure à l'existence d'une hallucination. Si simple qu'il paraisse, ce diagnostic n'est pas toujours facile et sa précision présente une réelle importance, aussi bien en clinique qu'en nosographie.

Lorsqu'il s'agit d'une hallucination élémentaire, le diagnostic est facile. On peut aisément contrôler par soi-même la réalité de la perception accusée par le malade.

Dans le cas d'une hallucination différenciée, commune ou verbale, il est plusieurs phénomènes desquels il importe de la distinguer.

La caractéristique de l'hallucination, avons-nous dit au début de ce chapitre, est de créer l'apparence d'un objet extérieur *actuel* qui n'existe pas dans la réalité.

Ce caractère sépare nettement l'hallucination d'autres phénomènes qui s'en rapprochent par certains côtés, par exemple des phénomènes de mémoire.

Mais si net, si saisissant que puisse reparaître un souvenir, il reste toujours localisé dans le *passé* et ne produit pas l'apparence d'un objet extérieur et présent. « L'hallucination, a dit très justement Leuret, n'est pas un souvenir, c'est une chose actuellement perçue ; elle diffère autant et de la même manière du souvenir que la sensation elle-même. J'accorde qu'elle puise ses éléments dans la mémoire, car toute hallucination peut se résoudre en sensations ou en idées antérieures ; mais elle crée une existence, elle donne une actualité, et, pour celui qui l'éprouve, elle est aussi distincte de la mémoire que, pour nous tous, la mémoire est distincte de la sensation. »

Sans doute, parmi les troubles de la mémoire, il en est de décrits sous le vocable assez impropre d'hallucinations de la mémoire ; mais ce sont là des désordres spéciaux qui ne rentrent nullement dans la classe des véritables hallucinations.

Parmi les troubles pathologiques auxquels peuvent donner lieu les perceptions actuelles, et qu'il convient de distinguer de l'hallucination, nous devons citer d'abord l'*interprétation délirante*, ou, comme le disait Baillarger, les faux jugements à l'occasion des sensations. Dans ces cas, les sensations

sont perçues comme dans l'état normal, la perception est régulière, mais le malade l'interprète ensuite d'une manière erronée, lui attribue une portée spéciale.

Une jeune fille donne un sens aux cris des oiseaux qu'elle entend chanter dans le jardin : elle pense, par exemple, que lorsqu'elle sort, ils disent : « Tiens, voilà la petite jeune fille ». Mais ces mots, elle déclare ne pas les entendre, elle se figure simplement que telle est la signification de leurs cris.

« Rien de plus ordinaire que ces faits chez les hallucinés, et rien de plus difficile que de reconnaître au milieu de tout cela leurs véritables hallucinations. On leur a commandé tel ou tel acte, ils ont appris telle ou telle nouvelle, et quand on cherche à savoir comment tout cela s'est fait, on arrive à découvrir qu'il n'y a eu ni illusion des sens, ni hallucination, mais tout simplement une fausse interprétation de certaines sensations bien réelles, et nous pourrions dire bien normales » (Baillarger). Combien plus difficile encore sera la distinction lorsqu'il s'agira de faire le diagnostic rétrospectif du symptôme.

Nous avons signalé au début toutes les divergences d'opinion à propos de la distinction des illusions et des hallucinations. Nous avons vu qu'en théorie, ces phénomènes n'offraient pas au fond de différences de nature; mais qu'en pratique, étant donné qu'ils se présentent souvent dans des circonstances différentes, on peut cependant chercher à les distinguer.

La distinction habituelle entre les illusions et les hallucinations est basée sur le fait que dans l'illusion il y a une impression extérieure actuelle qui n'existe pas dans l'hallucination.

L'illusion rentrerait ainsi dans la classe des hallucinations périphériques, c'est-à-dire provoquées par une impression sensorielle qui peut leur servir tout à la fois de point de départ et de point de repère.

Mais il est à remarquer que cette impression périphérique ne se comporte pas toujours de même.

Tantôt par exemple elle est correctement perçue à part, et si elle provoque une hallucination, elle ne fait que se juxtaposer sans se confondre avec elle. Par exemple, une aliénée se plaint d'entendre ses ennemis se mettre à l'injurier en scandant leurs paroles sur les battements d'un métronome qu'on vient de mettre en marche. Mais les deux faits de perception restent distincts. Les battements du métronome sont perçus d'un côté avec leurs caractères exacts, ils sont simplement accompagnés de la perception de syllabes prononcées en mesure par des interlocuteurs imaginaires et aussi nettes qu'eux pour le sujet. C'est là une véritable hallucination suscitée par une impression périphérique.

Dans d'autres cas, un peu différents, non seulement l'impression périphérique est le point de départ du fait de perception pathologique, mais elle y prend part, se confond avec lui et se trouve ainsi dénaturée. Il n'y a plus deux perceptions simultanées, l'une exacte éveillant l'autre hallucinatoire, mais une seule perception fausse dans son ensemble. Par exemple, une malade perçoit un bourdonnement de voix dans le bruit d'une machine à coudre, sans vouloir jamais convenir de la nature exacte du bruit occasionné par cet appareil.

Parmi les hallucinations périphériques, ce sont surtout les faits de ce genre qui correspondraient le plus exactement à ceux décrits sous le nom d'illusions.

Quoi qu'il en soit, il nous reste à nous demander si les hallucinations périphériques n'offrent pas des caractères en rapport avec leur point de départ et qui permettent de les distinguer des centrales.

Jusqu'ici cette recherche n'a été tentée que pour les hallucinations visuelles.

M. Binet admet que les hallucinations visuelles produites par une cause objective sont fixes dans l'espace, dédoublées par la pression oculaire, déviées par le prisme, supprimées par l'occlusion des yeux ou un écran, bilatérales, ne suivant pas le regard. — Les hallucinations produites par une cause subjective se déplacent avec le regard, sont unilatérales à l'occasion et manquent des autres caractères ci-dessus indiqués. Dans les hallucinations d'origine centrale, on noterait l'absence de tous les caractères positifs déjà énumérés.

Il importe enfin de distinguer des hallucinations proprement dites, les phénomènes décrits sous le nom de *fausses hallucinations* (Michéa), *hallucinations psychiques* (Baillarger), *pseudo-hallucinations* (Hagen, Kandinsky, Hoppe), *hallucinations aperceptives* (Kahlbaum).

Il est à remarquer que ces termes ne sont d'ailleurs pas absolument équivalents. Suivant les auteurs, chacun d'eux désigne et englobe des faits différents les uns des autres.

On pourrait, d'une façon générale, les diviser en trois catégories.

Une première renferme des faits qui n'ont de l'hallucination que l'apparence : par exemple, la rêverie à l'état de veille de certains paranoiaques qui se croient en imagination dans telle ou telle position et se livrent à des dialogues sans voir ni entendre personne ; ou bien le mélange d'une conception délirante au souvenir actuel d'une perception prétendue exacte, comme chez les persécutés qui prétendent avoir été injuriés, alors qu'ils se figurent seulement cela au moment même (Hagen).

Une seconde catégorie comprend les phénomènes auxquels Kandinsky réserve plus particulièrement le nom de pseudo-hallucinations. Ce sont des phénomènes participant à la fois de la représentation mentale sensorielle ordinaire et de l'hallucination, des représentations mentales vives, animées, précises, stables, spontanées, incoercibles, se rapprochant ainsi des hallucinations véritables, mais ne créant pas comme elles l'apparence d'une réalité objective. Elles manquent de ce caractère *d'extériorité* que Baillarger regardait avec juste raison comme inhérent à l'hallucination sensorielle.

Enfin, dans une dernière catégorie, plus particulièrement intéressante au point de vue de la délimitation de l'hallucination auditive, prennent place les phénomènes très spéciaux que j'ai étudiés sous le nom d'*hallucinations verbales motrices,* et que Kandinsky, comme je l'ai fait d'ailleurs moi-même, distingue des précédents, alors qu'ils se trouvaient confondus avec eux par d'autres auteurs sous le titre général de fausses hallucinations (Michéa) ou d'hallucinations psychiques (Baillarger).

D. — Valeur séméiologique.

L'hallucination peut se rencontrer dans des circonstances, à la suite des causes les plus variées : état intermédiaire à la veille et au sommeil (hallucinations hypnagogiques), émotions violentes, fatigue cérébrale avec tension prolongée de l'esprit, traumatismes, inanition, maladies infectieuses, auto-intoxications et intoxications par agents extérieurs, affections chroniques diverses, troubles de la circulation encéphalique, névroses, aliénation mentale.

Envisagée dans les différentes formes de troubles psychopathiques nettement caractérisés, l'hallucination est d'une importance très variable. Il est certaines formes de troubles mentaux dans lesquelles on ne l'observe qu'à titre d'exception (folie raisonnante, excitation maniaque, folie périodique, imbécillité, idiotie) ; dans d'autres elle est seulement accidentelle, accessoire (manie, mélancolie, confusion asthénique, paranoia simple, démence, paralysie générale); dans d'autres enfin elle est constante (délires toxiques, délires névropathiques, délire hallucinatoire, confusion hallucinatoire, paranoia hallucinatoire avec délire des persécutions ou délire mystique). Parmi ces derniers cas, il en est même dans lesquels, en raison de son évolution, de ses caractères intrinsèques, cliniques et psychologiques, elle devient presque un symptôme pathognomonique : telle l'hallucination de l'ouïe dans le délire des persécutions, à évolution systématique, telle encore l'hallucination de la vue dans le délire alcoolique.

Sans nous borner exclusivement à ces deux cas particuliers, nous n'étudierons toutefois que ceux dans lesquels l'hallucination peut avoir par elle-même une signification diagnostique d'une certaine valeur.

Hallucinations de l'ouïe. — Il est, avons-nous dit, une affection dans laquelle l'hallucination de l'ouïe est presque pathognomonique par elle-même, c'est le délire des persécutions à évolution systématique.

L'hallucination de l'ouïe est alors la première en date et suit une marche progressive parallèle à celle du délire lui-même.

D'abord, ce sont des hallucinations élémentaires qui font entendre aux malades des bruits indéfinis. En général, ils les traduisent par des onomatopées (boum, crac, uit, uit, uit).

Dans d'autres cas, il s'agit d'hallucinations auditives communes ; le bruit perçu est rattaché à un objet particulier bien déterminé : bruit de pas, sifflet de chemins de fer, son de cloche, coup de fusil, etc.

Enfin, il y a des hallucinations auditives verbales qui, dans l'ordre chronologique, sont généralement les dernières, et qui elles-mêmes ont souvent un développement progressif. Tout d'abord, le patient n'entend que des mots isolés, des phrases très courtes, toujours de même signification et parfois même presque stéréotypées. Basses, indistinctes, chuchotées au début, les *voix* deviennent par la suite de plus en plus nettes. Puis l'hallucination se

développe ; c'est un monologue que tient le persécuteur et que le patient est condamné à entendre ; parfois même c'est un discours interminable qu'il doit subir sans espoir de s'y dérober.

Mais les choses se compliquent encore. Si les persécuteurs sont nombreux, s'ils forment une *bande*, ce n'est plus un monologue, mais un dialogue, une conversation bruyante. Les interlocuteurs peuvent s'adresser directement au persécuté ou causer entre eux en déblatérant sur son compte.

Parmi les voix qu'entend le persécuté, il en est qui lui sont nouvelles et inconnues ; d'autres reparaissent avec le même caractère d'intonation, elles lui sont familières, et il sait les reconnaître.

Tantôt ces voix ne se distinguent en rien des paroles réelles que le malade peut entendre ; d'autres fois il les différencie par certains caractères variables, de timbre, d'intensité, etc.

Quelquefois, la tonalité lui en semble étrange, voilée, criarde, ce qu'il traduit par les néologismes de voix physiques, magnétiques, téléphoniques, etc.

Il arrive parfois que tous les persécuteurs sont du même avis et s'entendent parfaitement pour lui faire toutes sortes de misères.

Mais, dans d'autres cas, les interlocuteurs se disputent entre eux, les uns soutenant le pour, les autres le contre. En face des persécuteurs, il y a les défenseurs, et l'on retrouve alors, à côté des idées habituelles de persécution, certaines de ces idées particulières que j'ai décrites sous le nom d'*idées de défense*.

Tantôt les voix se font entendre à la fois dans les deux oreilles : l'hallucination est bilatérale. Dans quelques circonstances, elle devient unilatérale, le patient ne percevant plus les voix que d'un seul côté. Enfin, les hallucinations peuvent être bilatérales, mais de caractère opposé de chaque côté, le sujet percevant seulement par une oreille les calomnies, les insultes de ses persécuteurs, tandis que l'autre semble réservée aux paroles consolantes que prononcent les défenseurs.

Quand les hallucinations verbales auditives durent depuis un certain temps, le malade en arrive à présenter le phénomène connu sous le nom d'*écho de la pensée*. Il accuse les personnes qui l'environnent de connaître ses plus secrètes pensées, de les énoncer à haute voix, si bien qu'il les entend avant même d'avoir eu le temps de les prononcer, etc.

Ces voix qui se font entendre au milieu du silence comme au milieu du bruit, la nuit comme le jour, qui viennent du dehors, de tous les côtés, du plafond, des cheminées, de distances plus ou moins éloignées, qui accompagnent le persécuté dans ses déplacements, sont toujours dues à des interlocuteurs qui restent invisibles à ses yeux. Il avoue lui-même que, malgré ses tentatives, il n'a pu prendre sur le fait les individus qui lui parlaient ainsi. Le sens de la vue ne se fait pas le complice de celui de l'ouïe et il ne se produit pas ici, entre ces deux sens, sauf de très rares exceptions, ces associations hallucinatoires assez fréquentes chez d'autres vésaniques qui voient leurs interlocuteurs en même temps qu'ils les entendent. Cela nous explique

l'expression dont se servent souvent les persécutés pour désigner leurs voix : « mes secrètes, mes invisibles ».

Au fur et à mesure que la maladie évolue, les hallucinations verbales peuvent changer de caractère.

Alors se manifestent des hallucinations verbales *motrices*. L'hallucination auditive ne disparaît pas pour cela ; elle persiste généralement, au contraire, et souvent il se produit alors de ces associations ou combinaisons hallucinatoires du genre de celles que nous avons étudiées précédemment. Mais, fait important à constater, l'hallucination motrice reste cependant à un plan plus effacé et ne se présente que par intervalles. Un grand nombre de ces persécutés n'en ont même jamais.

Si l'on jette un coup d'œil d'ensemble sur la série des phénomènes hallucinatoires, bruits ou voix, dont je viens de faire brièvement l'analyse et de montrer le développement souvent progressif, on s'apercevra facilement que leur ordre d'apparition correspond alors exactement à la formation des idées et au développement du langage chez l'enfant (Séglas). C'est d'abord l'hallucination auditive élémentaire, puis la commune, la verbale auditive, et en dernier lieu, la verbale motrice.

Or, que se produit-il pour l'éclosion et le perfectionnement du langage chez l'enfant ? Celui-ci n'a d'abord qu'une vague sensation de son élémentaire, brut ; plus tard, il a la notion de l'objet qui produit ce son.

Puis, entendant parler, il commence par associer l'image auditive verbale à l'image auditive commune. Bientôt il cherche lui-même à répéter les mots qu'il entend, et associe à son tour l'image verbale motrice à l'image auditive verbale.

Hallucinations de la vue. — Les hallucinations de la vue sont extrêmement fréquentes dans les délires toxiques, aigus. On peut même dire qu'en pareil cas ce sont elles qui constituent le délire. Dans l'intoxication alcoolique aiguë, la plus communément observée, elles sont presque pathognomoniques.

Les visions revêtent alors le plus souvent l'apparence d'animaux fantastiques ou naturels (hall. zoopsiques), rats, souris, insectes, serpents, etc.). Ou bien ce sont des figures humaines, grimaçantes, menaçantes, des gens armés qui se précipitent sur le malade. Elles reflètent souvent l'objet soit des occupations journalières, soit des préoccupations dominantes du moment.

Elles sont toujours désagréables, souvent pénibles, parfois terrifiantes.

Toujours multiples, variables, changeant d'objet, reproduisant une succession de tableaux divers, elles sont de plus mobiles, animées, se meuvent, se déplacent dans l'espace (Lasègue).

Elles ne sont pas passives, mais déterminent toujours chez le malade des réactions extrêmement actives.

Enfin, elles ont une évolution particulière. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles arrivent d'emblée à leur apogée. C'est ordinairement la nuit qu'elles se montrent tout d'abord ; puis le jour et la nuit. Leur mode de disparition

est aussi très spécial. D'abord persistantes le jour et la nuit, elles commencent à disparaître le jour pour se produire la nuit avec la même intensité ; devenant moins nettes, elles ne se montrent plus tard que dans la période intermédiaire à la veille et au sommeil, pour faire place ensuite à de simples cauchemars (Magnan).

Des délires exotoxiques, il convient de rapprocher les délires fébriles et d'origine toxi-infectieuse ou auto-toxique (délires hallucinatoires, confusion hallucinatoire) dans lesquels les hallucinations de la vue sont également très fréquentes.

Elles se montrent aussi souvent dans les délires névropathiques, en particulier ceux qui relèvent de l'hystérie et de l'épilepsie. On a signalé avec juste raison la ressemblance qui existe entre les hallucinations visuelles du délire hystérique et celles du délire alcoolique (P. Richer). Rappelons que de plus, en pareil cas, les hallucinations ont souvent une couleur spéciale rouge (hystérie, épilepsie) ou noire (hystérie).

Parmi les autres formes mentales dans lesquelles l'hallucination de la vue a une réelle importance, nous citerons les délires mystiques. Elle consiste alors dans des apparitions de Dieu, de la Vierge, des Saints, du diable et de l'enfer, etc. Ces visions sont en général fixes, à contours assez précis, et *muettes*. Les ordres qu'elles peuvent donner au malade ne lui arrivent pas alors par l'intermédiaire d'hallucinations verbales auditives; mais d'hallucinations verbables visuelles (mots écrits sur des pancartes) ou motrices (voix intérieures.

Hallucinations du goût et de l'odorat. — Elles sont surtout fréquentes chez les délirants persécutés, se rattachant en ce cas à des idées d'empoisonnement et participant du même caractère convergent, centripète des idées délirantes. En revanche, dans d'autres circonstances (délires systématisés, secondaires à la mélancolie, délires systématisés primitifs avec idées d'auto-accusation ou hypochondriaques), elles revêtent un caractère absolument inverse ; le malade s'imagine que l'odeur qu'il perçoit émane de lui-même, et le rend à charge à ses semblables.

Hallucinations tactiles et cénesthésiques. — Les hallucinations tactiles et de la sensibilité générale périphérique sont surtout fréquentes dans les délires toxiques. Dans le délire alcoolique, par exemple, les malades se plaignent de fourmillements, d'élancements. Ils ont souvent la sensation d'animaux courant sur la peau.

Dans le délire cocaïnique, ils présentent même ce symptôme très spécial de sentir des petits vers qui leur sortent de la peau et qu'ils s'attachent à extraire avec la pointe d'une aiguille.

C'est peut-être dans le délire de persécution chronique, systématisé, que les hallucinations de la sensibilité générale se présentent avec leur maximum d'intensité, de fréquence et de variété. Elles y tiennent à une certaine période presque autant de place que les hallucinations de l'ouïe ; elles sont comme elles en rapport direct avec les idées de persécution ; elles se trouvent ainsi objec-

tivées par le malade qui en place l'origine dans le monde extérieur et accuse ses ennemis de le torturer par des procédés et à l'aide d'instruments variés. Les hallucinations génitales ne sont pas rares en pareil cas, surtout chez les femmes.

Chez les malades à idées hypochondriaques, les phénomènes hallucinatoires se manifestent surtout dans le domaine des sensations internes, de la sensibilité viscérale.

Hallucinations motrices. — La séméiologie des hallucinations motrices n'a guère été étudiée jusqu'ici ; et l'on n'a abordé que celle des hallucinations motrices verbales. Accidentelles dans différentes circonstances (alcoolisme, débilité mentale, paralysie générale), elles ont dans d'autres cas une importance capitale, par exemple, dans la mélancolie, le délire systématisé secondaire, dans le délire systématisé mystique, dans le délire des persécutions systématisé.

A propos de cette dernière affection, il est même à remarquer qu'il existe certains cas d'une forme que j'ai essayé de décrire sous le nom de variété psycho-motrice du délire de persécution, dans la symptomatologie desquels les phénomènes hallucinatoires, de caractère moteur, tiennent une place prépondérante et s'accompagnent d'un dédoublement très marqué, parfois précoce, de la personnalité, qui se traduit souvent par des idées spéciales de possession.

Hallucinations coexistantes. — On observe souvent chez un même malade la coexistence d'hallucinations diverses. Par elle-même, cette donnée peut avoir une certaine importance. Ainsi la rapidité d'apparition, le manque de netteté, la mobilité des différentes hallucinations sont généralement les signes d'une affection aiguë ; tandis que le développement graduel, la précision, la fixité, sont en général des signes d'une affection chronique.

Les conditions psychologiques qui favorisent la production des hallucinations ne sont pas toujours identiques.

Baillarger admettait trois conditions de l'hallucination : l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, la suppression des impressions externes, l'excitation interne des appareils sensoriels.

Il n'y a rien à dire à ces différentes propositions en elles-mêmes, mais il faut remarquer qu'elles ne s'appliquent pas à tous les cas. Ce n'est que dans certaines circonstances que l'hallucination se trouve relever ainsi directement de l'automatisme psychologique, par exemple dans l'état hypnogogique, les intoxications, la confusion mentale, le délire hallucinatoire, la paranoia aiguë, l'hystérie. Encore dans ces circonstances, faut-il s'entendre sur ce que Baillarger appelle la suspension des impressions externes. Cela, en réalité, ne veut pas dire qu'elles soient suspendues, mais qu'elles ne sont pas comprises, assimilées par le malade, qu'elles échappent à sa perception personnelle.

Mais il est d'autres cas où l'hallucination ne se présente pas comme le produit immédiat de l'automatisme psychologique ; et l'on ne peut se refuser à

admettre aujourd'hui, ainsi que le faisait Baillarger, que l'hallucination puisse être comme le plus haut degré, la traduction sensorielle de l'idée fixe.

Chez les délirants systématiques chroniques, persécutés et mystiques, par exemple, il n'y a d'hallucination, du moins au début, qu'autant que l'idée délirante antérieure contient une image qui pourra à un certain moment se transformer en la sensation même (Chaslin). Le sens qui présente des hallucinations prédominantes est déterminé par la nature même des représentations mentales qui constituent l'idée délirante.

Pour que ce développement puisse s'effectuer, il est deux conditions nécessaires : 1° la croyance qui fait que le malade porte sans cesse son attention sur son idée et en écarte par cela même toutes les idées intermédiaires (Pariset), les réducteurs antagonistes (Taine) ; 2° l'attention par suite de laquelle le malade creuse ses idées, les rumine sans cesse et arrive, peu à peu, à constituer complètement son délire.

Si la croyance à l'hallucination peut tenir, dans certains cas, à la précision de l'image, à la diminution d'activité des sens, au défaut de contrôle des autres sens, il en est d'autres où la croyance précède l'hallucination qui n'est plus que la traduction sensorielle d'une idée en rapport avec un très grand nombre de faits faisant partie de la conscience personnelle du sujet, et dans ces cas, l'effort intellectuel n'est pas étranger à sa production.

VI. — LES IDÉES DÉLIRANTES. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Le terme « délire » en psychiatrie a une acception tout autre que dans le langage courant ou même dans celui de la pathologie ordinaire. Dans ces derniers cas, on entend par « délire » un état de confusion, d'incoordination des perceptions, des idées, des actes, accompagné le plus souvent de subconscience ou d'inconscience et dans lequel on ne peut trouver aucun phénomène d'idéation prédominant d'une façon constante, de manière à donner aux troubles mentaux une teinte particulière. Le type le plus parfait de ce genre de délire, c'est le délire dit fébrile.

En psychiatrie, le terme délire a une signification beaucoup plus restreinte et s'emploie couramment pour désigner un ensemble plus ou moins complexe d'idées morbides concernant le « *moi* » ou ses rapports avec le monde extérieur.

Ce sont ces idées ou conceptions délirantes des auteurs français, *Wahnideen* des Allemands, *delusions* des Anglais, que nous allons passer en revue.

Mais auparavant il est certaines considérations générales auxquelles nous devons nous arrêter quelques instants.

Si l'on appliquait d'emblée le nom de délire à toutes les idées pathologiques que l'on peut observer dans les affections psychiques, on engloberait sous la même rubrique des phénomènes assez différents de nature et de degré. Aussi importe-t-il de faire quelques distinctions.

Un premier groupe d'idées pathologiques est constitué par les *idées obsédantes* ou obsessions (Zwangsvorstellungen).

Au point de vue clinique, l'obsession morbide se présente avec un certain nombre de caractères presque pathognomoniques : retour par paroxysmes; irrésistibilité de l'idée obsédante ; conservation de la conscience ; lutte énergique, mais la plupart du temps inutile, du patient ; angoisse morale concomitante avec phénomènes physiques réactionnels; soulagement consécutif au paroxysme, l'idée obsédante une fois réprimée ou satisfaite.

Parmi ces symptômes de l'obsession, on considère d'ordinaire comme capital le fait de la conservation de la conscience. Il faut bien s'entendre sur ce point. Qu'en dehors de la crise obsédante, les malades aient conscience, se rendent compte de la nature pathologique de leurs idées obsédantes et des conséquences qu'elles peuvent avoir, c'est généralement vrai, mais c'est tout... Et lorsqu'on parle de la conservation de la conscience pendant la crise d'obsession, je ne crois pas qu'on puisse entendre par là que les obsédés aient la notion complète de tous les éléments psychiques constituant à ce moment leur personnalité individuelle, en un mot qu'ils conservent intacte leur conscience personnelle.

C'est plutôt le contraire qui existe, de par la présence même de l'idée obsédante, constituée par un groupement de certains phénomènes psychiques, une synthèse secondaire qui, loin de s'assimiler à la synthèse principale représentant la conscience personnelle, lui apparaît comme étrangère, entre en lutte avec elle, avec assez d'avantages pour l'obnubiler toujours, l'effacer même parfois pendant un instant, soit que le malade cède à son idée, soit que celle-ci revête une forme particulière.

Ainsi que nous l'avons fait remarquer à propos des impulsions conscientes, cette division de la conscience dans l'obsession présente ce caractère particulier d'être incomplète. Les faits psychiques qui constituent l'obsession ne sont pas totalement subconscients et indépendants; ils envahissent à chaque instant la conscience, se mêlant aux autres pensées, et c'est justement cela qui permet au malade de se rendre compte de ce qu'il éprouve et de s'analyser plus ou moins.

Il n'en est pas ainsi dans une autre forme d'idées pathologiques, les *idées fixes inconscientes,* dont le type nous est fourni par l'hystérie.

D'après Pierre Janet, cette dénomination s'applique à des états pathologiques d'ordre intellectuel ou émotif qui, une fois constitués, restent *immuables* et *persistent* indéfiniment. Ces idées fixes accompagnent et précèdent souvent la plupart des accidents hystériques, dont elles forment partie intégrante et dans l'évolution desquels elles semblent jouer un grand rôle. Tantôt elles agissent directement, tantôt par l'intermédiaire de toute une série d'idées secondaires qui se développent autour de l'idée fixe primitive et arrivent ainsi à constituer un véritable système délirant.

Ces idées, surtout l'idée primaire qui joue le principal rôle, ne sont pas toujours nettement connues du malade. Il ne s'en rend compte que d'une manière imparfaite et souvent les ignore totalement. Elles sont en un mot subconscientes et le caractère de la division de la conscience est d'être ici complet et total.

Ces idées ne reparaissent et ne s'expriment que dans certains états où l'automatisme joue le rôle principal, comme les délires, les attaques, les somnambulismes, l'écriture automatique, etc.

A côté de ces idées fixes subconscientes, on peut placer une autre catégorie d'idées fixes ou *idées prévalentes* (Wernicke).

A l'inverse de l'obsession, l'idée prévalente n'est pas du tout considérée par le malade comme une intruse, une étrangère, ayant pénétré malgré lui dans sa conscience. Elle lui apparaît comme l'expression de sa propre nature, et il combat pour sa réalisation, convaincu que, ce faisant, il lutte pour sa propre personne. Sans doute, souvent on l'entend se plaindre de ne pouvoir penser à autre chose, mais il la considère néanmoins comme normale et justifiée (Keraval).

C'est là en effet un des principaux caractères de ces idées pathologiques, que le malade les tient pour vraies, sans vérification préalable, et fait preuve à leur égard d'un manque de critique absolu.

D'ailleurs, il est à remarquer que la plupart du temps, l'idée prévalente reflète l'état d'esprit habituel du malade et constitue comme l'hypertrophie de son caractère. Quelquefois cependant, elle semble en contradiction avec ses idées ordinaires et il éprouve une sorte de besoin de vérification de sa réalité ; mais l'idée ne tarde pas à s'enraciner, la critique et la réflexion affaiblies restent impuissantes et n'aboutissent qu'à la confirmation de l'idée pathologique. Si bien que, dans tous les cas, quelque absurde et déraisonnable qu'elle puisse paraître, elle résiste au témoignage des sens, de l'intelligence, à la rectification, à la démonstration.

Elle est presque toujours issue d'un trouble intellectuel primitif émergeant tout à coup du fonds de l'inconscient, elle s'installe en raison d'une lésion primitive et principale de l'association des idées, du jugement, du sens critique qui enlève au malade tous moyens de contrôle et le livre sans défense aux fantaisies de son imagination.

Elle manque de raison d'être chez celui qui la formule, et n'est pas en harmonie avec le monde extérieur ou les faits antérieurs de la vie.

Une fois installée, ferme, stable, elle s'associe au réseau de l'idéation dont elle fait désormais partie. Elle arrive dans la suite à modifier profondément les connaissances antérieures, résultat des données de l'expérience. Ainsi s'organisent des pensées, des conceptions délirantes, puis un délire traduisant une transformation radicale de la personnalité, se systématisant, absorbant en quelque sorte l'être tout entier.

En regard de ces idées prévalentes on doit distinguer les *idées délirantes* simples et passagères.

Ces dernières résultent le plus souvent de tentatives d'interprétation d'autres phénomènes psychiques, troubles hallucinatoires, émotionnels, de l'activité intellectuelle, perception, mémoire, etc., et présentent, d'une façon générale, des caractères presque diamétralement opposés à ceux des idées prévalentes.

Il est à remarquer cependant que certaines idées délirantes, passagères au

début, peuvent avec le temps, par un retour continuel dans le champ de la conscience, prendre l'importance d'une idée fixe, s'assimiler et devenir le noyau d'un délire systématique.

II. En se plaçant au point de vue de leurs caractères psychologiques, on a distingué les délires en différentes catégories : délires d'inférence, délires de perception immédiate, délires par symbolisme verbal (Morselli).

Dans le premier cas, l'aliéné arriverait à formuler des idées délirantes à la faveur d'un raisonnement, passant par toutes les phases du processus logique de la pensée consciente, mais partant de prémisses fausses, s'accompagnant de jugements incorrects et arrivant à des conclusions erronées. D'où le nom de délires d'inférence, d'interprétation.

Le type le plus parfait à cet égard nous est fourni par certains persécutés mégalomanes. Et lorsqu'on étudie le mécanisme par lequel les malades peuvent passer de l'idée de persécution à l'idée de grandeur, on ne manque pas, entre autres procédés, de citer en première ligne le *procédé syllogistique*, de *la déduction logique,* proposé par Foville.

Pour cet auteur la conception délirante de grandeur se déduirait logiquement de celle de persécution à la faveur d'un raisonnement abstrait, en tout semblable à celui qu'eût pu tenir un esprit normal.

Cette interprétation est-elle strictement exacte ? Tout d'abord, il faut observer qu'il n'y a pas beaucoup de persécutés, si même il y en a, qui se mettent en face de leurs idées de persécution, les raisonnent, et en concluent qu'ils sont de grands personnages. Les seuls qui donnent une explication sont ceux qui ont déjà des idées ambitieuses. Si bien que, lorsqu'il y a syllogisme, il semble ne s'être formulé qu'après coup.

De plus, il est bien difficile d'admettre, en face de l'identification complète du malade avec ses conceptions délirantes, que celles-ci ne soient que le simple résultat d'un raisonnement abstrait. Pour déterminer une conviction aussi inébranlable, elles doivent avoir des racines beaucoup plus profondes dans l'intimité de la personnalité individuelle, se rattacher à toute une systématisation antérieure d'états affectifs, intellectuels.

Bien des observateurs ont déjà signalé les rapports étroits qui existent entre le délire de ces malades et leur caractère antérieur. Jalousie, égoïsme ombrageux, vanité, etc., sont les traits principaux de ce caractère que l'on peut résumer en deux mots : orgueil, méfiance. Ces deux sentiments existent à des degrés inégaux peut-être suivant les individus ou les périodes de leur maladie, mais chez tous et constamment. Toujours, si l'on est placé dans de bonnes conditions, si les recherches sont suffisamment précises, on constatera que ces traits particuliers ont de tout temps été comme la caractéristique du malade.

Ils ont été s'accentuant, se développant avec l'individu lui-même, l'entraînant de longue date à des jugements inexacts, à des appréciations mal fondées sur lui-même, sur sa valeur personnelle, sur ses rapports avec les autres personnes, sur ses devoirs et sur ses droits.

Petit à petit, progressivement, le futur persécuté a cheminé ainsi sur la voie du délire qui se manifeste d'une façon apparente, en général dans l'âge adulte, c'est-à-dire à une époque où la systématisation des éléments constituant la personnalité individuelle est définitivement constituée.

Les idées délirantes de persécution dominent dès lors la scène morbide, non pas comme un symptôme contingent, nouveau, mais comme l'exagération manifestement pathologique de tendances antérieures anormales. Elles peuvent être seules à se manifester alors. Néanmoins, pour être persécuté, le malade n'en est pas moins resté un orgueilleux, et même son orgueil natif n'en est que plus tangible. Se croire persécuté, se considérer comme le but de l'attention universelle, ne peut être que le fait d'un orgueilleux.

C'est ce sentiment d'orgueil développé déjà dans le délire de persécution, qui, subissant l'action de ce délire, puisant de nouvelles forces dans ces persécutions toujours renouvelées, va grandir et amener, par une sorte de travail inconscient, le malade à formuler des idées de grandeur, comme la raison d'être de ses persécutions.

Que devient donc ainsi la déduction logique? Si l'idée de grandeurs se déduit, en tant qu'explication, de l'idée de persécution, ce n'est pas par suite d'un syllogisme pur et simple; c'est le résultat d'une longue élaboration psychique, le plus souvent inconsciente, toujours obscure pour le malade. Les déductions logiques, s'il en fait, ne sont que rétrospectives; elles peuvent combiner après coup, mais elles ne créent rien.

On comprend ainsi l'apparition des idées de grandeurs dans d'autres circonstances où elle semble se faire spontanément ou à la suite d'un accident fortuit, d'une hallucination ; dans toutes ces circonstances en apparence différentes, elle s'explique aisément par ce même mécanisme.

Sans insister davantage, il est bon de se souvenir, en recherchant le mode d'origine des idées délirantes, alors même qu'il revêtirait toutes les apparences d'un raisonnement, que vis-à-vis de ses conceptions délirantes, l'aliéné est toujours passif, qu'il ne les crée ni ne les dirige à sa guise, « mais se contente de les subir » (Christian), et de faire la part de l'activité psychique inconsciente.

A cet égard, certains auteurs sont même allés très loin dans la voie de l'hypothèse.

Pour Meynert, par exemple, l'idée délirante préexiste déjà, à l'état d'élément inconscient dans tout cerveau normal. D'ordinaire, les fonctions mentales ont le pouvoir de l'inhiber ou de l'élaborer, si bien qu'il n'en reste pas trace dans la conscience, sauf quelques rares et fugaces apparitions sans importance aucune. Mais l'idée délirante peut acquérir l'intensité nécessaire pour s'imposer à la conscience, grâce à l'action perturbatrice d'une maladie mentale.

Celle-ci, en interrompant le jeu des associations normales, facilite la production dans la conscience d'images anormales, qui prennent d'autant plus d'intensité qu'elles sont plus indépendantes. Il y aurait là un mécanisme quelque peu comparable à celui de l'exagération des fonctions médullaires alors que l'écorce cérébrale n'intervient plus.

Les délires de *perception immédiate* sont ceux dans lesquels les conceptions délirantes tirent leur origine d'illusions et d'hallucinations, introduisant à l'improviste dans la conscience des éléments de perception erronée. Les recherches de psychologie moderne ont démontré que dans l'acte de perception le plus simple existe un processus de raisonnement s'effectuant par habitude, d'une façon subconsciente (Binet). On comprend dès lors comment le délire peut à l'occasion avoir son origine dans des troubles pathologiques de la perception accompagnés d'un raisonnement inconscient.

Les délires par *symbolisme verbal* sont ceux qui reposent sur des liens associatifs de pure forme existant entre différents mots.

On en trouve des exemples dans les cas où des séries d'idées délirantes incohérentes se succèdent les unes aux autres, éveillées par un mot, une assonance.

D'autres plus curieux sont ceux dans lesquels un seul mot peut devenir le noyau d'un système très vaste de conceptions erronées. Il suffit que la signification s'hypertrophie, pour donner naissance à une association bizarre d'images verbales ne correspondant à aucune réalité extérieure ni à aucune condition subjective. S'il est plutôt rare de voir un délire se constituer d'emblée de cette façon, il est en revanche assez banal de voir un délire systématisé devenir un pur édifice de noms et de mots, de néologismes.

III. — On est naturellement enclin à croire que les conceptions d'une imagination en délire peuvent varier à l'infini. Mais, comme le font remarquer Ball et Chambard, s'il y a des variations, elles sont surtout dans la forme ; le fond de la pensée est le plus souvent le même. Lorsqu'on se rend compte de ces variations, on voit que les idées délirantes observées dans les différentes formes de maladies mentales peuvent se réduire à un certain nombre de types principaux.

La classification la plus rationnelle, à notre avis, est celle exposée par le Pr Morselli, d'après les données de Ch. Mercier.

Les délires, relativement à leur contenu, y sont divisés en deux groupes ou ordres, comprenant chacun des sous-groupes et variétés caractéristiques.

I. *Délires concernant le « moi », la conscience personnelle.*

Elle peut être atteinte :

A. — Dans le sentiment	*a.* par exaltation : exagération de la cénesthésie-euphorie, délire de santé de Meynert, de satisfaction, de vigueur, de capacité. *b.* par dépression : états cénesthétiques pénibles, idées d'incapacité. *c.* par altération : perversions cénesthétiques, nosomanie, nosophobie.

B. — Dans l'intelligence. La représentation complexe du « moi » peut être désorganisée . . . . .
- *a.* En totalité : formation d'un moi nouveau ayant avec l'ancien des rapports. . . . .
  - α. de substitution (délire métabolique) ;
  - β. d'alternance (double conscience) ;
  - γ. de coexistence (dédoublement ; délire de possession).
- *b.* En partie :
  - α. le moi est intéressé en totalité, dans tel ou tel de ses caractères (délire de métamorphose, changement de sexe, d'espèce (zoanthropie), de composition du corps ;
  - β. l'intégrité du moi est atteinte dans l'une de ses parties constituantes (délire hypochondriaque) de transformation partielle, de négation.

II. *Délires concernant les rapports du moi avec le milieu extérieur.*

A. — Rapports du moi avec le milieu . . .
- La valeur du *moi* par rapport au milieu peut être :
  - *a.* exagérée, optimisme, mégalomanie ;
  - *b.* diminuée, pessimisme, délire d'humilité, de négation.

B. — Rapports du milieu avec le moi . .
- Délires de caractère égocentrique. L'attention universelle s'attache au malade d'une façon :
  - *a.* bienveillante : délire des grandeurs, de puissance, de défense ;
  - *b.* hostile : délire de soupçons, de persécution, de jalousie, etc.

Cette classification, dont nous n'avons fait qu'indiquer les lignes principales, bien qu'assez simple en elle-même, pourrait paraître un peu trop compliquée pour les besoins de la clinique journalière. En pratique, les formes les plus communes de délires peuvent se réduire aux suivantes que nous examinerons successivement au point de vue séméiologique :

1° Idées délirantes d'auto-accusation ;
2° Idées de persécution ;
3° Idées de défense ;
4° Idées de grandeur ;
5° Idées hypochondriaques ;
6° Idées de négation ;
7° Idées d'énormité ;
8° Idées mystiques ;
9° Idées érotiques ;
10° Délires palingnostique, métabolique, de transformation corporelle.

Avant d'aborder l'étude de chacune de ces variétés d'idées délirantes, il est

une question intéressante à examiner : c'est de savoir de quoi elles dépendent, par quoi elles sont déterminées dans tel ou tel cas.

On a souvent une tendance, dans l'entourage des malades, à rattacher la variété particulière de leurs idées à une cause morale spéciale ayant déterminé l'explosion de la folie. C'est là une erreur ou tout au moins une exagération. Ainsi que le faisait déjà remarquer J. P. Falret, « pour qu'une idée prenne droit de domicile chez un aliéné, au point de devenir le centre de la plupart de ses pensées et de ses actes, il faut autre chose que les circonstances accidentelles, auxquelles nous donnerions volontiers le nom de causes occasionnelles. La cause première de la production d'un délire, de préférence à un autre, réside dans les dispositions morbides générales de la sensibilité ou de l'intelligence. Ce sont elles qui lui donnent naissance, et qui déterminent sa forme générale ; les circonstances accidentelles ne donnent lieu qu'à des nuances et à des variétés secondaires. »

Cette remarque est parfaitement exacte, et la nature spéciale d'un délire dépend surtout de la nature même du processus pathologique auquel il se rattache.

Bien des auteurs, notamment Griesinger, ont déjà fait remarquer que chez les malades de nations et d'époques les plus diverses, certains états pathologiques s'accompagnaient toujours des mêmes idées délirantes. Ce qui semble indiquer que c'est dans la particularité même du processus morbide qu'il faut chercher la raison de l'identité des délires.

Ce fait est surtout frappant pour les délires primitifs et dénués de toute base hallucinatoire ou émotionnelle ; tels par exemple que les délires de persécution ou de grandeurs de la paranoia. Mais il peut s'appliquer aussi à d'autres formes délirantes, telles que la mélancolie, la paralysie générale, la démence sénile.

Les agents toxiques, eux aussi, déterminent également des délires assez particuliers dus vraisemblablement à la spécificité de l'agent provocateur.

En présence de ces faits vient se poser la question de savoir s'il existe des conceptions délirantes pathognomoniques de telle ou telle affection mentale donnée et dont la simple constatation aurait ainsi une valeur diagnostique des plus importantes.

On pourrait être enclin à répondre par l'affirmative si l'on se basait sur la terminologie courante qui emploie souvent les termes de délire des persécutions, délire hypochondriaque, délire mystique, délire de négation, en les appliquant à des formes mentales déterminées. Mais ce sont là des abus de langage, derniers vestiges des anciennes théories sur les monomanies. Le terme de délire ne peut signifier en clinique qu'un ensemble plus ou moins cohérent d'idées délirantes, et il ne peut servir à désigner une affection déterminée, car les idées délirantes de différentes formules peuvent toutes se rencontrer en clinique chez des aliénés de types bien différents.

Bien des aliénistes, Morel, Magnan, dans ses propres travaux et ceux inspirés à ses élèves, et nous-mêmes à plusieurs reprises, avons insisté sur ce fait qu'il n'y avait pas un délire de persécution, un délire hypochondriaque, un

délire mystique, un délire de négation, un délire d'auto-accusation, répondant à une affection mentale donnée, mais que toutes ces idées délirantes pouvaient se présenter dans les formes les plus diverses de l'aliénation mentale.

Sans doute elles peuvent être, les unes ou les autres, plus ordinaires, plus caractérisées dans telle ou telle circonstance et prendre ainsi une certaine valeur diagnostique.

Mais elles ne sont pas pathognomoniques du fait même de leur seule présence, et leur valeur diagnostique ne provient pas du tout de leur formule même (persécution, auto-accusation), mais seulement des variations que leur impriment dans tel ou tel cas leur mode d'origine, leurs rapports avec l'ensemble des symptômes concomitants, leurs caractères cliniques intrinsèques dont nous avons déjà indiqué l'importance.

C'est en se fondant sur ces principes qu'on a pu attribuer aux délires des physionomies assez spéciales, permettant de reconnaître à l'occasion la coexistence de plusieurs d'entre eux, de causes et de nature différentes chez le même individu.

Quant aux nuances multiples que peut revêtir la formule de telle ou telle variété d'idées délirantes, elles tiennent à différentes causes.

Elles portent l'empreinte de l'état d'esprit, des tendances antérieures du sujet. Tel est surtout le cas des délires d'interprétation.

Le degré d'instruction, le milieu social, peuvent également intervenir. Les opinions politiques, religieuses des différents peuples, des différentes époques, les découvertes scientifiques se reflètent ainsi dans les conceptions délirantes. Les idées de persécution par les sorciers, le démon, ne se rencontrent plus guère aujourd'hui que chez des malades peu cultivés, et ont fait place aux persécutions par la police, les francs-maçons, les jésuites, l'hypnotisme, le téléphone, etc.

Le genre de vie, la religiosité, les occupations habituelles, sont également à considérer. Telle mélancolique, par exemple, qui vit confinée dans les soins de son ménage, ne s'accusera que de causer le malheur des siens; telle autre, mêlée plus ou moins directement au fonctionnement d'une maison de commerce, exprimera des idées de ruine ; une troisième, adonnée aux pratiques religieuses, manifestera des idées de culpabilité envers Dieu, des craintes de l'enfer, de la damnation, etc. Quant aux occupations habituelles, il suffit pour juger de leur influence, de se rappeler le rôle qu'elles jouent dans les délires professionnels des alcooliques.

Les événement antérieurs de la vie, les violentes secousses morales peuvent également donner à l'idée délirante une teinte particulière. Le fait est fréquent dans les délires mélancoliques, dans les délires hystériques, dans les délires de persécution.

Les troubles fonctionnels ou organiques des organes extra-encéphaliques peuvent intervenir pour une certaine part, et cela de deux façons (Krafft-Ebing), soit en déterminant une excitation directe des centres correspondants, soit d'une façon indirecte, en servant de point de départ à des interprétations erronées. Ces derniers faits sont importants à connaître en ce qu'ils peuvent

à l'occasion fournir les éléments d'une intervention thérapeutique utile.

Enfin, la teinte spéciale de l'idée délirante peut avoir son origine première dans l'existence de troubles psychologiques particuliers. Ainsi Cotard pensait que parmi les idées de grandeur, celles de force, de capacité, de talent, de puissance, semblaient se développer sur des lésions de la volonté; de même, dans un autre sens, les idées d'incapacité, d'impuissance. Au contraire, les idées de grandeur des persécutés hallucinés, indépendantes de tout élément psychomoteur, se rattacheraient à des désordres psycho-sensoriels. De là, la distinction des délires d'origine psycho-motrice et psycho-sensorielle. Dans plusieurs travaux, nous avons nous-mêmes insisté sur l'origine psycho-motrice des délires mélancoliques et sur les caractères de certaines idées de persécution reliées à des phénomènes psycho-moteurs, leur donnant une teinte particulière, très voisine des idées de possession.

Lorsqu'on analyse les conceptions délirantes d'un aliéné, on ne doit pas se borner à les envisager isolément. Il importe encore d'étudier le mode d'apparition du délire ainsi constitué par rapport à l'ensemble des autres troubles psychiques qui l'accompagnent; car l'aliénation, même dans les cas de délire dit partiel, affecte toujours d'une façon plus ou moins inégale l'ensemble des facultés.

On distingue d'ordinaire les délires en délires *primitifs* et délires *secondaires*.

Un délire est dit *primitif* lorsqu'il est apparu d'emblée et sans être précédé d'autres désordres dans la sphère psychique, survenus plus ou moins brusquement et amenant un bouleversement dans l'état mental du sujet. Tantôt les idées délirantes se développent et s'organisent progressivement, insidieusement, sans que rien vienne éveiller l'attention de l'entourage, mais sur un terrain en quelque sorte préparé de longue date, chez un sujet qui, dès l'enfance, a déjà montré certains traits de caractère que le délire ne fait qu'exagérer. Tantôt elles éclatent plus brusquement sous l'influence d'une cause occasionnelle, mais en constituant toujours le premier symptôme apparent de l'affection mentale.

A l'inverse de ces cas, il en est d'autres où le délire est dit *secondaire* par rapport à l'ensemble des troubles psychiques. Parfois il a son point de départ dans des troubles émotionnels fondamentaux, se reliant à des modifications cénesthésiques, à un état de dépression intellectuelle, de douleur morale, et vis-à-vis desquels il se manifeste comme une sorte de tentative d'interprétation. Tel est le délire mélancolique.

Parfois ce sont des troubles de nature hallucinatoire qui précèdent et provoquent l'éclosion des idées délirantes : c'est le cas du délire alcoolique.

Dans d'autres circonstances, les idées délirantes se relient à des phénomènes d'automatisme, se développant à la faveur d'un état primordial d'apathie, d'obnubilation, de confusion intellectuelle. C'est ce qu'on observe par exemple dans la confusion mentale primitive.

D'autres fois encore, dans la démence sénile par exemple, les idées déli-

rantes se relient à des symptômes premiers d'affaiblissement intellectuel et ne font que traduire les désordres de la perception, de la mémoire.

Les conceptions délirantes, considérées dans leur ensemble, présentent, suivant les cas, un certain nombre de caractères cliniques qu'il importe de déterminer.

C'est ainsi qu'elles peuvent être *vagues*, *indéterminées* — ou *précises* et très *nettes* ; — *fixes*, le terme s'explique de lui-même ; — *mobiles*, c'est-à-dire pouvant s'effacer, disparaître momentanément pour reparaître ensuite sous la même forme ou faire place à des idées d'une autre catégorie ; — *polymorphes*, lorsqu'elles traduisent la coexistence de convictions de natures différentes ; — *uniformes* lorsqu'elles appartiennent à la même variété délirante ; — elles peuvent être en même temps *diffuses* lorsqu'elles expriment un grand nombre de convictions erronées de la même catégorie ; — *monotones*, lorsqu'elles tournent toujours dans le même cercle comme une sorte de litanie ; — *systématisées*, lorsque, soit de même catégorie, soit de catégories différentes, elles s'enchaînent, se coordonnent en un système délirant continu, s'enrichissant sans cesse de nouvelles preuves, jusqu'au jour où il se *cristallise* et devient *stéréotypé* ; — *vraisemblables*, *impossibles*, *niaises*, *extravagantes*, *absurdes* ; — *incohérentes*, lorsqu'elles se manifestent sans suite, sans lien aucun, se heurtant parfois jusqu'à devenir *contradictoires* à l'insu même du sujet ; — *contrastantes* ou *antagonistes*, lorsqu'elles expriment un état de contraste psychique, l'opposition, la lutte d'une synthèse délirante avec les idées saines du malade, ou la lutte de plusieurs synthèses délirantes entre elles.

Nous n'insistons pas ici sur ces différents caractères dont nous aurons l'occasion de parler en étudiant les variétés spéciales d'idées délirantes, et de juger la valeur pour le diagnostic séméiologique.

Ils peuvent d'autre part être utiles au pronostic en fournissant des données sur l'évolution de la maladie, le niveau des facultés intellectuelles.

J. P. Falret a très bien montré les caractères de l'idée délirante aux différentes périodes de son évolution ; d'abord indécise, mal déterminée à la période d'incubation, puis se précisant, se coordonnant à une seconde période de systématisation ; enfin se fixant, devenant immuable, stéréotypée. On peut donc être amené ainsi à reconnaître l'ancienneté de l'affection, ses tendances à la chronicité, suivant certains caractères cliniques de l'idée délirante.

D'autres caractères, comme la mobilité, la multiplicité, le polymorphisme, l'absurdité, l'incohérence, etc., sont généralement en rapport, quand il n'y a pas de phénomènes d'excitation, avec un état d'affaiblissement intellectuel, soit congénital, soit acquis. Ils peuvent devenir ainsi un élément de plus pour le pronostic, qui devra d'ailleurs dans tous les cas être complété par la constatation des autres faits cliniques (*symptômes, marche*) constituant l'affection dans son ensemble.

Enfin, il est encore un point à examiner dans l'étude des idées délirantes, c'est la façon dont le malade les accepte et les juge, s'il en est inconscient ou conscient, comme l'on dit quelquefois, ou (pour parler un langage plus précis

et qui ne puisse prêter à équivoque), s'il se rend compte du caractère morbide de ses idées, s'il se borne à les discuter en restant dans le doute, ou si, au contraire, il a perdu vis-à-vis d'elles tout pouvoir de critique, de contrôle, et se montre à leur égard en état de croyance et de certitude.

Cette recherche peut être utile à différents points de vue. D'abord elle met à même d'apprécier quelque peu le fonctionnement intellectuel, le niveau mental, l'atteinte portée aux facultés par la maladie.

L'état d'esprit qu'on appelle croyance, certitude, conviction, implique en effet participation de l'intelligence : il faut que nous connaissions ou que nous concevions le fait que nous croyons. Mais connaître n'est pas tout dans cet état, nous devons encore savoir ce que nous croyons et ce que nous ne croyons pas, nous devons connaître la vérité et l'erreur.

La croyance se trouve ainsi reliée à un acte de jugement. Or ce jugement peut être incomplet ou erroné pour différents motifs, perceptions fausses, association d'idées défectueuses, altération du pouvoir de synthèse, connaissance insuffisante, présence de sentiments fixes ou prédominants..., toutes particularités utiles à connaître dans la détermination de l'état mental d'un malade. De plus, il implique des rapports forcés avec cet agrégat de phénomènes psychiques qui constitue la conscience personnelle, la personnalité individuelle.

Si ces rapports sont limités, s'il n'accapare à son profit qu'un petit nombre des éléments antérieurement enregistrés par la perception personnelle, ou contraste avec eux, s'il reste à l'état de synthèse mentale partielle, le sujet pourra se rendre compte de ses anomalies, de son caractère pathologique, le discuter, lutter contre lui ou rester à son égard dans le doute et l'incertitude; si au contraire il réveille un grand nombre de faits psychiques enregistrés déjà dans la conscience, s'il contracte avec eux des rapports étroits et étendus, s'il cadre bien avec les tendances personnelles, s'y adapte, s'y assimile, alors le sujet l'accepte sans pouvoir le critiquer, contrôler son inexactitude possible. Et si ce jugement erroné peut aboutir ainsi à une croyance fausse, elle n'en a pas moins un caractère de certitude absolue.

Le doute, la discussion, la certitude dont fait preuve le sujet vis-à-vis de ses idées délirantes, sont donc à considérer encore lorsqu'on veut se rendre compte des atteintes plus ou moins profondes portées par la maladie à la personnalité individuelle.

Enfin, il est bon de faire remarquer l'appoint pronostique qu'on peut en tirer au point de vue des réactions de l'aliéné. « L'action, en effet, comme l'a dit justement Bain, est le criterium suprême de la croyance. » Et la clinique vient fournir à l'appui de cette manière de voir des exemples de tous les jours, en nous montrant que l'aliéné passe d'autant plus facilement de l'idée à l'acte qu'il a dans cette idée une conviction absolue et définitive.

Cette réaction produite par l'idée délirante subit d'ailleurs l'influence d'un grand nombre d'autres facteurs. Elle varie avec la nature même de l'idée première, avec le caractère général de l'affection à laquelle elle se rattache, avec la présence de certains symptômes particuliers, aboulie, impulsivité,

troubles hallucinatoires ou émotionnels. De plus, pour un même délire se rattachant à une même forme morbide, elle variera suivant les sujets. La connaissance de la personnalité prédélirante du sujet, de son tempérament, de son caractère, est donc d'une grande valeur pour présumer s'il pourra réagir vis-à-vis de son idée délirante, et de quelle façon.

VII. — DESCRIPTION SÉMÉIOLOGIQUE DES DIVERSES IDÉES DÉLIRANTES

I. — Les idées délirantes d'auto-accusation.

Sous des formules parfois assez différentes en apparence, ces idées présentent toutes ce caractère commun, d'exprimer un jugement défavorable sur la personnalité même du sujet, qui ne trouve qu'en lui-même les éléments premiers de ce jugement.

Cette dépréciation ne s'exprime pas en général d'une façon absolue, mais comporte une certaine relativité et implique la présence de termes de comparaison variables. Tantôt, et le plus ordinairement, c'est le souvenir de son individualité passée, contrastant avec la notion de sa personnalité actuelle, qui suggère au malade ses constatations pessimistes et désespérées sur le présent, avec le regret de ce qu'il était jadis. Ce sentiment de sa déchéance personnelle peut s'amplifier encore par la comparaison de son état avec celui des autres personnes dont, par une sorte de contraste, il est porté à s'exagérer les qualités et les mérites. Il est encore des cas où l'on voit intervenir le rêve d'un idéal de perfection chimérique, que le malade se sent tous les jours plus impuissant à atteindre, et dont il lui paraît même s'éloigner de plus en plus.

La formule de l'idée d'auto-accusation peut varier à l'infini avec la maladie et le malade. Nous citerons parmi les plus fréquentes les idées d'incapacité, d'indignité, de culpabilité, de corruption, de remords, de désespoir.

De ces idées d'auto-accusation proprement dites, il convient d'en rapprocher certaines autres, souvent englobées avec elles, que l'on rencontre d'ailleurs dans les mêmes circonstances et qui s'y rattachent comme une sorte de corollaire. Ce sont les craintes de ruine, d'accusations, de châtiments, emprisonnement, supplices, damnation. Et ce n'est pas vraiment chose bien surprenante de voir tel aliéné convaincu de son incapacité, de sa nullité, nourrir des idées de ruine ; tel autre qui se dit indigne, criminel, attendre son arrestation, et la punition de ses fautes, la prison. l'échafaud ou les flammes de l'enfer.

Les idées délirantes d'auto-accusation peuvent se manifester dans des formes psychopathiques très diverses. Aussi leur valeur diagnostique dépend-elle moins de leur présence que de leurs caractères cliniques dans tel ou tel cas particulier.

Les bien préciser n'est pas toujours facile. En effet, si certains auto-accusateurs se montrent volontiers communicatifs et vont crier à tout venant leur désespoir, leurs remords ou leurs craintes, il en est d'autres, et beau-

coup, qui se concentrent en eux-mêmes et n'avouent pas aisément le sujet de leurs préoccupations.

Parfois même quelques-uns se réfugient dans un mutisme obstiné (mutisme vésanique). Entre les causes diverses inhérentes à leur état mental et pouvant provoquer le mutisme, figurent justement les idées d'auto-accusation, soit que le malade se juge désormais indigne de communiquer avec ses semblables, soit qu'il craigne en parlant de commettre encore de nouvelles fautes.

Dans ce dernier cas, il importe de bien se pénétrer de l'habitus extérieur des malades qui trahit quelque peu la nature de leurs préoccupations par la mimique, l'expression de la physionomie concentrée, inquiète, désespérée, l'attitude affaissée, résignée, humble. Il en est qui refusent ainsi la main qu'on leur tend, ne se jugeant plus dignes de cette marque d'estime; d'autres restent debout comme devant un juge, ou, s'ils consentent à s'asseoir, ne le font que timidement, en choisissant le siège le moins confortable.

Aussi, lorsqu'on veut connaître exactement leurs conceptions particulières, faut-il chercher à leur inspirer confiance, leur manifester de la sympathie, de la compassion, se montrer doux, bienveillant, consolateur; essayer de faire vibrer d'une touche discrète la note sensible en passant en revue toute la gamme des sentiments pénibles. Il ne s'agit pas là d'une vaine curiosité psychologique à satisfaire. Outre que l'on peut ainsi recueillir des renseignements utiles pour le diagnostic, il ne faut pas oublier que, dans un grand nombre de cas, les idées d'auto-accusation se rattachent à des affections curables où souvent le traitement moral prend une place prépondérante. Et comment ce traitement moral pourrait-il être institué et dirigé avec profit, si l'on n'a pu sonder tous les replis de la conscience individuelle?

Une des affections mentales dans lesquelles on rencontre le plus fréquemment les idées d'auto-accusation, c'est la mélancolie délirante.

Plus ou moins acccentuées, plus ou moins variées dans leurs formules, elles y sont en tout cas très ordinaires. Et c'est ainsi que l'on a pu dire que le délirant mélancolique était un auto-accusateur (Guislain).

Mais il ne faut pas s'exagérer la portée de cet aphorisme et considérer, comme on l'a fait longtemps, que le délire d'auto-accusation soit exclusif à la mélancolie.

Le délire d'auto-accusation, pas plus qu'aucune autre espèce de délire, n'est en lui-même pathognomonique d'une forme mentale unique, mais peut se rencontrer dans bien des circonstances différentes, avec des caractères psychologiques et cliniques à déterminer.

Dans le cas particulier, il importe, comme le disait justement Leuret, « de distinguer le *délire* de l'*affection* mélancolique ».

C'est à l'affection mélancolique qu'il emprunte en l'occurrence un certain nombre de caractères particuliers importants (Séglas).

Tout d'abord, et c'est là un point capital, si on envisage l'origine du délire d'auto-accusation dans la mélancolie, on voit qu'il est *secondaire*. Il ne naît pas d'emblée. Même dans le cas de mélancolie délirante, les symptômes initiaux sont ceux qui caractérisent la mélancolie simple. Au point de vue psychique,

ce sont donc les troubles cénesthétiques, émotionnels (douleur morale), de l'exercice des opérations intellectuelles (troubles de la formation des idées, arrêt psychique, aboulie) qui constituent les symptômes fondamentaux de l'affection. C'est d'eux que procèdent les troubles du contenu des idées, le délire d'auto-accusation, et c'est ainsi qu'il peut être dit secondaire.

Voilà pourquoi il paraît se manifester comme une sorte d'interprétation de l'état d'anéantissement profond, de douleur morale dont le patient cherche la raison ou envisage les conséquences.

C'est là le fait principal : de lui découlent tous les autres.

Ainsi s'explique, par exemple, la nature *pénible* des idées délirantes en rapport avec l'état de douleur, de peine morale, qui domine le patient. Il n'y a de possible chez lui que les idées douloureuses en rapport avec l'état de la conscience (Krafft-Ebing).

Nous avons indiqué dans un chapitre précédent le caractère envahissant de cette douleur morale qui, de même qu'une douleur physique intense, s'accompagne d'anesthésie, détermine un état d'anesthésie, de dysesthésie psychiques. Finalement, la conscience ne contient plus rien que l'Idée-douleur (Schuele). Aussi le délire qui la reflète au dehors revêt-il une apparence générale de *monotonie* et en même temps de *fixité* en rapport avec l'arrêt psychique, bien différente de la systématisation de certains autres délires. Le délire d'auto-accusation mélancolique n'est qu'un refrain, une litanie.

Le sentiment de son incapacité à penser, vouloir et agir, de son indignité, donne d'autre part aux idées délirantes du mélancolique une empreinte très marquée d'*humilité*, qui se traduit souvent dans le langage, la physionomie, l'attitude, les actes.

Ces mêmes considérations expliquent aussi les caractères de *passivité*, de *résignation* du délire des mélancoliques qui souffrent et sont dominés par cet état de souffrance auquel ils ne peuvent se soustraire, étant donnée d'autre part l'aboulie profonde dans laquelle ils sont plongés. Ils sont d'ailleurs facilement résignés, ils se sentent incapables de lutter, et le sentiment profond de leur indignité les en empêche. Cette résignation existe même chez les anxieux, dont l'angoisse n'est pas tant causée par l'idée de leurs crimes imaginaires, d'une expiation méritée, que par l'attente incessante du châtiment et l'incertitude de son moment, de sa nature, de sa durée.

Au nombre des caractères du délire d'auto-accusation dans la mélancolie, il est encore bon de noter la direction des idées, leur mode de rayonnement en quelque sorte *centrifuge*, le malade étant considéré comme un centre et redoutant d'être pour tous un être nuisible, d'attirer par ses forfaits, par ses crimes, par son incapacité la ruine, le déshonneur, la mort sur sa famille, sur la société.

Les troubles émotionnels sous-jacents impriment aussi au délire des mélancoliques un caractère particulier au point de vue de la localisation des idées dans le temps. Leur délire pourrait être appelé volontiers un délire d'*attente*. Ils restent le plus souvent dans le doute et l'incertitude et n'expriment que des craintes sur l'avenir. Sans doute ils peuvent trouver l'explication de leurs

souffrances morales actuelles, de leur crainte pour l'avenir dans un fait passé, et l'auto-accusation est ainsi *rétrospective*. Mais il n'en est pas moins vrai qu'alors même ces regrets du passé se relient à des craintes pour l'avenir. Le remords amène l'idée d'une expiation ; au délire rétrospectif s'associe le délire d'attente.

Ce fut longtemps une tradition d'opposer le délire de la mélancolie à celui de la folie systématique où prédominent le plus souvent les idées de persécution. «Le mélancolique, disait-on, s'accuse lui-même, le persécuté accuse les autres. » (Guislan, Falret.)

Or, la clinique nous enseigne de la façon la plus péremptoire que ces deux variétés d'idées délirantes, auto-accusation et persécution, ne s'excluent nullement l'une l'autre et que certains délirants systématiques, très nettement persécutés, se montrent en même temps auto-accusateurs.

Lorsqu'on envisage le délire d'auto-accusation dans la folie systématique (paranoia) primitive, on voit que ses rapports avec les idées de persécution sont variables.

Dans certains cas, les idées de persécution et les idées d'auto-accusation coexistent ou alternent, mais ne se combinent pas et restent indépendantes les unes des autres. D'autres fois, au contraire, elles s'associent en un système délirant et les individus, tout en se plaignant de manœuvres hostiles de telle ou telle personne, ne dissimulent pas qu'ils ont aussi des torts dont ils s'accusent.

Les idées d'auto-accusation peuvent alors ne se manifester que d'une façon intermittente, par paroxysmes, ou bien être persistantes. Dans ce cas, les rapports d'association qu'elles contractent avec les idées de persécution peuvent être variables. Tantôt elles semblent constituer le point de départ de l'idée de persécution ; tantôt elles en sont comme une explication rétrospective, ou se manifestent comme la conséquence et la preuve du bien fondé des idées de persécution.

Dans ces circonstances différentes, les idées d'auto-accusation ne revêtent plus les caractères généraux que nous venons d'indiquer lorsqu'elles se rattachent à la mélancolie et partagent au contraire ceux des idées de persécution de la folie systématique primitive. Nous les retrouverons tout à l'heure.

Comme traits particuliers, il est à remarquer que ce délire d'auto-accusation a souvent pour objet des faits d'ordre religieux ou surtout génésique, par exemple idées de culpabilité relatives à des excès sexuels authentiques ou supposés, adultères imaginaires, etc. (G. Ballet.)

A côté de ces faits de folie systématique primitive dans lesquels le délire d'auto-accusaton coexiste, alterne ou s'associe avec d'autres idées délirantes, il en est dans lesquels le délire est uniquement constitué par des idées d'auto-accusation. Ces malades sont généralement confondus avec les mélancoliques auto-accusateurs. Ils s'en différencient cependant par bien des côtés. Ce sont la plupart du temps des héréditaires, plus ou moins déséquilibrés, présentant certains traits de caractère habituels aux délirants systématiques ordinaires (susceptibilité, égoïsme, orgueil) et d'autres (timidité, scrupules, méfiance de

soi-même) dont le délire d'auto-accusation ne représente que l'exagération. Ce délire, qui se manifeste d'emblée ou s'installe d'une façon insidieuse, est toujours primitif et reste le symptôme prédominant de l'affection. L'humilité n'en est souvent qu'une étiquette trompeuse, voilant un sentiment de vanité blessée et dissimulant un égoïsme profond. Il n'intéresse guère que la personnalité du sujet et ne s'étend plus, par une sorte de rayonnement centrifuge, aux personnes de son entourage. Il n'a pas le caractère de fixité monotone du délire d'auto-accusation mélancolique, mais se présente sous la forme d'un système coordonné, constitué par une série d'interprétations délirantes, portant sur le présent ou sur la vie passée du sujet. Il ne s'accompagne plus de doute, d'incertitude, mais d'une conviction manifeste. De plus, il n'existe pas de symptômes psychiques ou somatiques d'un état mélancolique fondamental. La santé physique reste bonne, les fonctions organiques intactes. Il n'y a pas de troubles cénesthétiques pénibles, de douleur morale permanente, mais seulement par intervalles de l'anxiété ou de la dépression réactionnelles ; et l'exercice des facultés intellectuelles reste normal en dehors du délire (Séglas).

Le délire d'auto-accusation se rencontre encore dans d'autres circonstances, par exemple dans les périodes mélancoliques de la folie intermittente. Il revêt alors, au cours de l'accès, tous les caractères du délire mélancolique ordinaire, et le diagnostic précis ne peut être fait que par la connaissance de l'évolution totale de la maladie.

Les idées d'auto-accusation se montrent aussi quelquefois dans les obsessions, notamment dans cette variété désignée du nom de folie du doute. Elles se présentent alors avec les caractères habituels des idées obsédantes : caractère paroxystique, irrésistibilité, angoisse concomitante, sentiment de détente consécutive au paroxysme, conscience de l'état pathologique.

Au nombre des conceptions délirantes très variées que l'on peut rencontrer dans la paralysie générale, figurent aussi les idées d'auto-accusation ; le délire d'auto-accusation reposant sur le fonds démentiel de la maladie n'a plus aucun des caractères de celui du mélancolique, mais devient, comme tout délire du paralytique, mobile, diffus, incohérent, contradictoire.

On peut rencontrer encore du délire d'auto-accusation dans la sénilité, et cela dans des circonstances et avec une signification différentes.

Tantôt il se présente au cours d'un véritable accès de mélancolie anxieuse, survenant chez un vieillard non dément, et simplement *tardive*. Il revêt dans ces cas des caractères identiques à ceux que nous lui avons reconnus dans les accès de mélancolie chez l'adulte. La seule différence est dans l'apparition tardive de la maladie.

Dans d'autres cas, les mêmes idées délirantes d'auto-accusation sont reliées directement à la démence *sénile*, et alors le fond d'affaiblissement intellectuel sur lequel repose ce délire lui imprime des caractères tout autres que dans les faits précédents.

Il n'est plus la traduction de troubles de l'exercice volontaire des facultés, de désordres émotionnels ; mais il porte l'empreinte des troubles démentiels dont il dérive, de ces perceptions fausses, de cette amnésie caractéristiques de

la sénilité. Il n'a plus le caractère pénible; la douleur morale a fait place ici à cette sensiblerie bien connue du dément, sans caractère émotionnel précis. Loin d'être fixe, il est mobile, inconsistant, intermittent, oublié d'un instant à l'autre par le malade, incohérent, mélangé à d'autres idées ayant la même origine et les mêmes caractères. Dans certains cas où il semble persister, il n'a pas cependant le caractère de monotonie dû à un seul sentiment douloureux envahissant la conscience ; cette monotonie n'est plus qu'un rabâchage chez un vieillard amnésique et dont le cercle des idées se rétrécit de plus en plus.

Dans la confusion mentale à forme délirante, on peut noter assez souvent des idées d'auto-accusation bien différentes de celles du mélancolique. Simples produits de l'automatisme psychologique résultant de l'état de confusion mentale, elles ne sont plus reliées à titre d'interprétation secondaire aux troubles primordiaux, éléments caractéristiques de la mélancolie. Ici, de même, le ton émotionnel reste indifférent ; l'anxiété, s'il y en a, n'est plus qu'un mode de réaction sous l'influence des idées délirantes, au lieu de leur donner naissance. Ainsi disparaît le caractère pénible de douleur morale inhérent au délire mélancolique. Plus de monotonie, plus de fixité, mais un délire inconstant, mobile, à forme de rêve. Ce sont là autant de preuves de l'erreur de Baillarger, qui se fondait sur la seule présence de ce délire de nature triste pour rattacher ces cas à la mélancolie.

C'est avec les mêmes caractères que les idées d'auto-accusation se présentent dans le délire alcoolique aigu. Et c'est à tort que l'on dit souvent en pareille circonstance qu'il s'agit de mélancolie ou de délire mélancolique alcoolique. Les terreurs anxieuses de l'alcoolique ne sont que des phénomènes réactionnels, bien différents de la douleur morale, fondamentale, du mélancolique. Le délire se relie directement aux phénomènes sensoriels et présente par suite des caractères psychologiques et cliniques bien différents. L'analogie n'existe que dans la formule de certaines conceptions délirantes; mais au point de vue nosographique, le délire alcoolique reste toujours un délire hallucinatoire avec confusion mentale, délire symptomatique et différant profondément de la mélancolie vraie.

Ce n'est pas seulement dans les formes aiguë et subaiguë du délire alcoolique qu'on peut noter les idées d'auto-accusation, on les rencontre également au cours de l'intoxication alcoolique chronique, reliées de même aux hallucinations d'origine toxique.

II. — Les idées de persécution.

La connaissance des idées de persécution est des plus importantes, étant donnés leur fréquence et leurs aspects multiples.

Pour les étudier d'une façon précise, il est bon de les diviser en deux classes : les *idées de persécution passive* et les *idées de persécution active*, le malade traduisant par les premières la pensée qu'il est en butte à des persécutions ; par les secondes, au contraire, son intention de diriger des persécutions contre

autrui. Dans le premier cas, le malade est un *persécuté;* dans le second, il devient un *persécuteur*.

Nous envisagerons d'abord les idées de persécution passive.

A. — Ces idées se rencontrent dans bien des formes psychopathiques diverses, avec des caractères cliniques différents. Aussi, pour arriver à une détermination exacte de leur valeur séméiologique, la meilleure méthode nous paraît-elle de les étudier d'abord sous leur aspect le plus typique, telles par exemple qu'elles se présentent dans le délire de persécution de la folie systématique (paranoia) primitive.

L'interrogatoire est parfois très difficile en raison de la méfiance, de la dissimulation des persécutés qui parlent peu (à moins qu'une excitation passagère ne les rende plus prolixes), et semblent peser leurs paroles. Dans ces conditions, bien souvent l'idée délirante n'est même pas formulée. Il est toutefois, en pareil cas, certaines expressions qui doivent mettre en garde. Telles les suivantes : « Mon affaire est connue; c'est dans les journaux; vous savez tout aussi bien que moi. »

Mais l'idée de persécution peut être nettement et complètement formulée. Alors, le malade exprime la conviction que certaines personnes agissent contre lui, à l'aide de moyens variés, pour lui nuire en quelque chose et dans un but plus ou moins déterminé.

Les variétés cliniques des idées de persécution sont presque innombrables. On a essayé cependant de faire l'énumération des principales (Clouston). Au point de vue séméiologique, il nous paraît plus utile d'indiquer quelques règles d'analyse psychologique et clinique.

D'après la définition précédente, l'idée de persécution se manifeste comme une conception délirante très complexe, comportant un certain nombre d'éléments qu'une analyse complète doit s'attacher à déterminer. C'est ainsi qu'il faudra successivement rechercher la nature des persécutions, leur date, la désignation des persécuteurs, les moyens employés, la raison et le but de la persécution subie, ses conséquences, et le résultat obtenu.

Il va sans dire que l'un ou plusieurs de ces termes manquent souvent, mais cette constatation a déjà son importance. En effet, il n'y a guère qu'un persécuté déjà systématique, souvent chronique, qui puisse non seulement désigner ses persécuteurs, décrire ses persécutions et de plus spécifier les moyens employés, etc. L'absence de ces derniers termes peut donc être utile pour le diagnostic et le pronostic de l'affection.

L'analyse clinique de ces différents éléments constitutifs de l'idée de persécution peut fournir de précieux renseignements. Par exemple la détermination exacte de la nature des persécutions peut mettre en évidence certains symptômes particuliers tels que des hallucinations de diverses catégories. D'autres fois la nature des persécutions reste vague, indéterminée, ou se précise d'une façon très caractéristique par un néologisme, correspondant à des symptômes psychiques divers, indice d'une chronicité probable.

De même la description des moyens employés, du résultat obtenu, peut

révéler divers symptômes, troubles de la sensibilité générale, hallucinations diverses, écho ou fuite de la pensée, phénomènes psycho-moteurs, dédoublement de la personnalité, etc.

La notion de la date assignée aux persécutions a aussi une importance pour le diagnostic séméiologique de l'idée de persécution.

Dans le cas actuel, celui où elle se rattache à la paranoia, on remarque que les malades, lorsqu'on les interroge, ne se plaignent jamais que de faits déjà accomplis depuis longtemps ou qui viennent de s'accomplir. C'est quelquefois, mais rarement, le présent, toujours le passé, jamais l'avenir, qui est mis en question dans les faits dont ils se plaignent.

Le persécuté est un condamné, a dit fort justement Lasègue.

Il va sans dire, d'ailleurs, que dans ces cas où l'idée délirante se rapporte au passé, le fait doit être contrôlé et sa date doit être précisée autant que possible, afin d'être en garde contre la possibilité d'un délire rétrospectif.

La désignation des persécuteurs mérite aussi d'être prise en considération.

Les formules indéfinies dénotent un délire peu précis, encore mal systématisé, et peuvent renseigner ainsi sur la nature ou sur l'évolution de la maladie, le *on* indéfini marquant le début; la collectivité une période déjà plus avancée; la désignation précise révèle un délire plus net encore; le néologisme, une affection déjà chronique.

D'un autre côté, il n'est pas indifférent de noter qu'un malade accuse les sorciers, les farfadets ou les jésuites, la police. Il y a là des différences importantes pouvant renseigner sur l'éducation, le niveau intellectuel.

Enfin, au point de vue médico-légal, il est bon de connaître ces différences dans les désignations des persécuteurs. Les idées de persécution, en effet, entraînent souvent à leur suite des réactions violentes. On conçoit aisément qu'elles seront d'autant plus faciles, d'autant plus dangereuses que le sujet croira mieux connaître ses ennemis et les désignera d'une façon plus précise.

La raison d'être des persécutions fournit également des indications précieuses. Elle peut être indéterminée, ou précise, et dans ce dernier cas, il n'est pas rare de voir s'associer aux idées de persécution des conceptions délirantes d'un tout autre caractère, les idées de grandeurs, qui semblent les expliquer dans une certaine mesure. Néanmoins il est à remarquer que, malgré tout, les misères endurées par le malade gardent toujours pour lui un caractère de vexation, *imméritée* ou excessive, contre laquelle il ne cesse de protester de toutes ses forces et par tous les moyens.

Les idées de persécution revêtent, dans la paranoia, un certain nombre de caractères importants au point de vue séméiologique.

D'abord elles ont une origine *primitive,* c'est-à-dire qu'elles ne succèdent pas à d'autres troubles psychiques primordiaux, cénesthétiques, émotionnels, abouliques, hallucinatoires, mais apparaissent d'emblée, soit brusquement, soit d'une façon insidieuse.

Ici, plus de douleur morale au début comme dans la mélancolie, donnant au délire qui l'interprète un caractère pénible. L'inquiétude du persécuté systématique n'est nullement un symptôme d'ordre émotionnel, comparable à la

douleur morale du mélancolique, impliquant la conscience d'un changement survenant dans son état psychique; c'est une inquiétude purement intellectuelle, comme celle d'un inventeur à la recherche d'un système. Aussi l'idée délirante ne reflète plus la peine morale et ne représente que des vexations supposées, des dommages imaginaires, des atteintes à des droits réels ou fictifs. Les troubles émotionnels, lorsqu'il en existe, ne figurent ici qu'à titre de réactions provoquées par les idées délirantes.

Les idées de persécution, loin d'être monotones, de tourner dans un cercle restreint, ont plutôt une tendance à s'*étendre;* chaque jour le malade trouve de nouveaux arguments à l'appui de ses convictions, édifiant ainsi progressivement un véritable système plus ou moins cohérent d'explications délirantes.

Souvent même il remonte graduellement le cours de sa vie, découvrant à chaque instant des faits à l'appui de ses idées actuelles. Il refait pas à pas son existence, en l'accommodant à sa nouvelle manière de voir, et son délire dont la systématisation peut embrasser ainsi tout le passé devient, comme on l'a dit, à la fois *rétrospectif* et *métabolique*.

Ce qui caractérise encore le persécuté vrai, c'est l'orgueil, l'autophilie (Ball), le caractère *égocentrique,* comme disent les Allemands, qui porte l'individu, dans ses relations avec le monde extérieur, à tout envisager d'une façon particulière pour le rapporter à lui-même.

Le mode de rayonnement des idées de persécution est ainsi *convergent* ou *centripète,* le malade étant considéré comme le centre.

Le délire des persécutés vrais, systématiques, porte surtout sur des faits accomplis. Aussi le malade a-t-il dans ses convictions une foi profonde, une croyance inébranlable. Il est à remarquer d'ailleurs que son délire n'est guère que le reflet exagéré de ses tendances antérieures, de son caractère individuel, et qu'il se trouve ainsi déjà impuissant à tout contrôle, à toute critique.

Parallèlement à ces caractères, et comme conséquence naturelle, l'idée de persécution s'accompagne d'une tendance à la lutte, à la résistance, qui pousse le persécuté à tenir tête à ses ennemis, à soutenir ses droits imaginaires et qui fait de lui un être insociable au premier chef et souvent dangereux.

Telle est l'idée de persécution, sous la forme typique, ainsi qu'on l'observe dans la paranoia primitive. Mais il est d'autres cas dans lesquels on peut la rencontrer.

La mélancolie s'accompagne quelquefois d'idées de persécution. Elles changent alors de caractères et revêtent ceux que nous avons reconnus déjà aux idées délirantes mélancoliques. Il convient d'ajouter que ces idées de persécution du mélancolique sont en général vagues : le malade, comme à son ordinaire, reste dans l'incertitude et n'arrive guère à formuler ses griefs, à désigner ses persécuteurs. De plus son humilité délirante lui fait regarder l'hostilité qu'on lui manifeste comme un juste châtiment de son indignité, de sa culpabilité. Aussi se résigne-t-il et ne cherche-t-il pas à échapper à ses persécuteurs. Il ne se montre pas non plus, même en pareille circonstance, sous un jour aussi égoïste que le persécuté systématique : il est plus altruiste et s'imagine souvent, dans son délire, que c'est sa famille,

ses enfants qui sont ou vont être poursuivis à cause de lui, de ses fautes.

Ces traits particuliers peuvent suffire en général pour distinguer les idées délirantes de persécution du mélancolique et celles du persécuté systématique.

Mais, à côté des cas simples, il est des cas complexes, dans lesquels les idées délirantes revêtent certains traits communs aux deux formes vésaniques.

Nous avons déjà vu que les idées d'auto-accusation pouvaient se présenter dans la folie systématique primitive avec d'autres idées délirantes, les idées de persécution en particulier, et contracter avec elles des rapports d'association très étroits. Alors, c'est surtout en se fondant sur les caractères généraux du délire que l'on pourra déterminer le diagnostic seméiologique des idées de persécution.

D'un autre côté, on peut observer des mélancoliques qui, après avoir pu présenter des idées de persécution vagues, de caractère nettement mélancolique, arrivent plus tard à formuler un véritable délire de persécution, lequel, tout en gardant par un certain côté l'empreinte du fond morbide initial sur lequel il repose, offre cependant certains caractères différant de ceux des idées délirantes mélancoliques et se rapprochant de ceux du délire des persécutions typique, tel que nous l'avons étudié dans la folie systématique primitive. On se trouve alors non plus en face de mélancoliques simples, mais de mélancoliques ayant évolué vers le délire systématique secondaire; et leurs idées de persécution ne diffèrent plus guère que par leur caractère moins précis, moins organisé, de celles du délire systématique primitif.

Les idées de persécution s'observent encore dans les différents délires toxiques. En particulier, le délire alcoolique aigu ou subaigu s'accompagne fréquemment d'idées de persécution. Dans ce cas, elles sont étroitement reliées aux hallucinations surtout *visuelles*. C'est là un caractère différentiel important. En effet, chez les persécutés systématiques, c'est en général l'hallucination de l'ouïe qui prédomine ; de plus cette hallucination de l'ouïe n'est que la répercussion, la traduction objective du délire, tandis que chez l'alcoolique c'est l'idée délirante qui est secondaire à l'hallucination. Comme les hallucinations, les idées de persécution sont très mobiles, caractère qui leur donne l'aspect d'un délire à forme de rêve (Lasègue); et elles traduisent aussi le plus souvent des faits qui se passent au moment même. Elles ont d'ordinaire en pareil cas une teinte particulière qui est celle de la jalousie. Presque toujours elles s'accompagnent d'un état d'anxiété, de terreur qui peut déterminer chez le malade des réactions spéciales, fuite, suicide, homicide, se manifestant d'une façon brusque, impulsive.

On peut rencontrer aussi, chez des alcooliques chroniques, des idées de persécution qui perdent les caractères imprimés par l'intoxication aiguë, arrivent à se systématiser, mais gardent toujours le cachet de la jalousie.

Ces caractères différentiels sont importants à connaître, car on peut rencontrer, coexistant chez le même sujet, ou se succédant, des idées de persécution vraies, typiques, se rattachant à un délire paranoiaque, et d'autres idées de persécution relevant de l'intoxication alcoolique.

Des idées de persécution des délires toxiques, il faut rapprocher celles que l'on observe dans la confusion mentale. Comme toutes les idées délirantes de ces malades, elles se présentent en pareil cas à titre de symptôme accessoire, secondaire à l'état d'obnubilation des facultés. Elles puisent souvent leur origine dans les troubles de la perception, toujours défectueuse, sont inconsistantes, mobiles, et revêtent encore l'aspect d'un délire onirique, manifestation de l'automatisme psychique.

Les faibles d'esprit, les imbéciles, les déments précoces (forme paranoïde) ont souvent des idées de persécution. Semblables par leurs caractères généraux intrinsèques aux idées de persécution typiques, elles en diffèrent par leur apparition brusque, leur marche très rémittente, leurs caractères cliniques de systématisation défectueuse, de certitude incomplète, parfois de niaiserie. En outre, elles peuvent s'accompagner d'autres idées délirantes disparates donnant à l'ensemble du délire un caractère de polymorphisme assez particulier.

Chez les vieillards on rencontre aussi des idées de persécution. Ici, il y a quelques distinctions à faire. Ou bien il s'agit de délires de persécution anciens; ou bien de délires de persécution tardifs, en tout semblables à ceux de l'adulte; ou bien enfin, d'idées de persécution vraiment séniles, dues à la sénilité. Ces dernières, prises en elles-mêmes, sont secondaires à l'affaiblissement des facultés, telle l'idée de vol consécutive à des ammésies. Le malade méfiant cache ses affaires, puis ne les retrouvant plus par suite de l'infidélité de sa mémoire, il accuse ses proches de l'avoir volé. Les idées délirantes séniles portent en un mot le cachet de la démence.

Il en est de même des idées de persécution qu'on rencontre dans la paralysie générale et qui, reposant sur un fonds mental en déchéance, se révèlent à l'observateur avec les caractères cliniques habituels en pareil cas.

Les hystériques, les épileptiques ont souvent aussi des idées de persécution. Celles que l'on rencontre au cours du délire de l'attaque ressemblent à celles des alcooliques ou des confus. Les autres n'ont pas de caractères spéciaux et rentrent dans l'une des classes que nous venons de passer en revue.

B. — A côté des idées de persécution passive relatives aux poursuites dont le malade croit être l'objet, se rangent les idées de persécution active, c'est-à-dire exprimant ses tendances à poursuivre les autres à son tour : des idées de revendication, de vengeance.

Nous n'en dirons que quelques mots.

Elles peuvent se montrer à la suite et comme conséquence d'idées de persécution passive, le malade persécuté devenant persécuteur. Cela ne se présente que chez les délirants systématiques à la période de personnification du délire, quand l'idée de persécution passive est très systématisée, presque stéréotypée. Le malade, qui connaît désormais son persécuteur, ne cesse de nourrir contre lui des idées de haine et de vengeance qu'il peut même tenter de mettre à exécution.

Dans une autre catégorie de malades, l'idée de persécution passive est

réduite à sa plus simple expression, et ce sont alors les idées de persécution active qui constituent presque toute la maladie. C'est le Querulantenwahnsinn des Allemands, le délire des persécutés persécuteurs ou raisonnants de J. Falret.

Ces idées de vengeance partent de faits souvent vraisemblables, parfois même en grande partie vrais, mais auxquels les malades ajoutent des compléments imaginaires qu'on a peine à distinguer des faits réels. Ils se bornent à l'interprétation délirante, mais jamais ou presque jamais ils n'ont d'hallucinations verbales ou autres.

Ce délire, comme l'a fait remarquer Krafft-Ebing, repose sur une fausse idée ou plutôt un sentiment du droit et de la justice faussement appliquée, et traduit un sentiment exagéré de la personnalité, un orgueil pathologique presque invraisemblable.

III. — **Les idées de défense.**

Aux idées de persécution se rattachent étroitement les idées de défense. Peu étudiées encore aujourd'hui, ces idées délirantes méritent cependant de fixer l'attention du clinicien.

Parler de l'idée de défense chez un aliéné, cela semble au premier abord désigner ses projets de résistance pour se mettre vis-à-vis de ses ennemis sur la défensive, ou même pour prendre l'offensive à un moment donné. En réalité ce n'est là qu'un côté de la question.

A côté de ces réactions défensives bien connues, il y a des cas moins étudiés dans lesquels le malade attache à l'émission de certaines paroles, à l'accomplissement de certaines habitudes, de certains gestes, une idée de défense contre ses ennemis. De plus, quelques sujets ont, à côté des idées de persécution, des idées antagonistes de défense, conceptions délirantes qui peuvent imprimer au délire un aspect particulier. Dans le premier cas, l'aliéné intervient lui-même dans la défense, il est actif; dans le second, au contraire, il reste passif, subissant la défense comme il subit l'attaque (Séglas).

Il y a donc lieu de distinguer deux variétés d'idées de défense : les idées de défense active et les idées de défense passive.

A. — L'idée de défense passive consiste dans la conviction du malade qu'à côté d'individus qui le poursuivent, il en existe d'autres qui le défendent.

L'analyse de l'idée de défense, comme celle de l'idée de persécution à laquelle elle se rattache, comporte plusieurs termes, la détermination des défenseurs, la nature de leur intervention, les procédés par lesquels elle s'exerce; et là encore, la recherche de ces différents points est importante, car tout en précisant en elle-même l'idée de défense, elle peut mettre comme précédemment sur la voie d'autres phénomènes pathologiques auxquels cette idée se rattache intimement.

D'après la conception que le malade se fait de la défense, on peut distin-

guer plusieurs degrés. Tantôt la défense se borne à mettre le sujet sur ses gardes; tantôt elle entrave l'action des persécuteurs, ou va même jusqu'à réparer les dommages causés par eux.

Les défenseurs restent parfois inconnus et indéterminés; d'autres fois le sujet se dit protégé par une collectivité d'individus, ou même connaît et spécifie son défenseur. Il peut arriver encore que la désignation soit collective, ou précise le ou les défenseurs, ou s'exprime à l'aide d'un néologisme.

Quant aux moyens employés par la défense, ils sont très variables : soit qu'elle prenne directement à partie les persécuteurs, soit qu'elle agisse d'une façon un peu différente en s'adressant au malade lui-même.

La plupart du temps les idées de défense sont intimement associées à des hallucinations. Parmi elles, les plus fréquemment observées sont les hallucinations verbales auditives.

Les malades, au milieu des voix qui les poursuivent, distinguent à un moment donné une ou des voix qui prennent leur défense, les encouragent et les consolent. Souvent leur timbre diffère et suffit pour les distinguer; leur intensité est parfois inférieure, surtout au début de leur apparition, à celle des mauvaises voix. Le nombre de ces voix est en général assez restreint, parfois même il n'y en a qu'une. Les mots qu'elles prononcent sont des encouragements assez brefs, des phrases courtes. Mais quand le phénomène s'accentue, il y a une véritable conversation, parfois assez longue, entre les voix bonnes et mauvaises, sans que le malade soit interpellé directement.

Le plus souvent, ces hallucinations auditives, d'attaque ou de défense, se font entendre dans les deux oreilles. Il est des cas plus rares où elles se cantonnent dans une oreille, chacune de leur côté.

Les idées de défense peuvent aussi se relier à des hallucinations verbales motrices, et dans ces cas on peut assister à un antagonisme entre les hallucinations verbales auditives et motrices, les unes représentant l'attaque, les autres la défense.

Les hallucinations des autres sens interviennent beaucoup moins fréquemment : pour le sens de la vue, en particulier, cela n'a rien d'étonnant, car il s'agit là de persécutés chez lesquels l'hallucination visuelle est un phénomène assez rare.

Il n'en est pas de même des troubles de la sensibilité générale auxquels peuvent à l'occasion se rattacher les idées de défense. Il est à noter à cet égard qu'il peut s'agir alors de sensations d'un caractère agréable, ou bien au contraire de sensations indifférentes, ou même désagréables en elles-mêmes, mais qui sont cependant interprétées par le malade dans un sens favorable.

Dans certains cas, peu nombreux, l'idée de défense ne présente pas de caractère hallucinatoire, et paraît se relier à l'idée de persécution au même titre que l'idée de grandeur fréquente en pareil cas.

Toute défense implique nécessairement une attaque antérieure. Aussi n'est-il pas étonnant que les idées de défense n'apparaissent que chez les persécutés, et prennent seulement naissance au bout d'un temps plus ou moins long, alors que les persécutions, d'abord vagues, se sont accentuées et que le

malade commence à rassembler ses idées, à systématiser son délire. Sur trente et un persécutés que nous avons examinés à ce point de vue et qui ont pu répondre suffisamment à notre interrogatoire, nous les avons rencontrées plus ou moins développées vingt-quatre fois, et, dans vingt et un cas elles étaient associées à des hallucinations (Séglas et Bezançon).

Souvent ces idées de défense sont transitoires, passagères ; mais parfois aussi elles se systématisent et suivent une évolution en quelque sorte parallèle à celle des idées de persécution.

Une fois installées, elles peuvent arriver à modifier pour un temps plus ou moins long l'aspect de la maladie. Leur présence peut avoir une certaine importance au point de vue médico-légal, en évitant au sujet des réactions violentes.

B. — Sous le nom d'idées de défense active nous désignerons seulement des conceptions délirantes attribuant une portée particulière à certains actes bizarres qu'exécute le malade et qui ont pour lui la signification d'une défense contre ses ennemis ; ces idées de défense active sont évidemment, comme celles de défense passive, en rapport étroit avec des idées de persécution antérieures.

Elles ne diffèrent guère entre elles que par leurs manifestations extérieures, objectives, et c'est surtout à cet égard qu'elles doivent être étudiées.

Elles peuvent se traduire au dehors par le langage, parlé, écrit ou mimique ; souvent ces trois modes d'expression s'associent chez le même individu.

Tantôt c'est un simple mot, un juron, un néologisme, une phrase déclamée sur un certain ton, à la manière d'une incantation, intercalés au milieu du discours et qui ont la vertu de faire cesser les persécutions.

Parfois, la même vertu est attribuée par le malade à des sentences écrites, des modifications de l'orthographe ou des signes graphiques.

En d'autres circonstances, ce sont des gestes particuliers, des pratiques étranges plus ou moins compliquées, des modifications du costume, le port continuel de certains objets, sortes de talismans, de fétiches qui traduisent en dehors ces idées de défense.

Ces idées de défense active, comme les précédentes, ne se rencontrent guère qu'à la suite d'idées de persécution le plus souvent systématisées et de date ancienne.

On pourrait cependant en rapprocher quelques faits très analogues observés dans d'autres formes psychopathiques, telles que les obsessions. C'est ainsi qu'on pourrait leur comparer le lavage répété des mains chez des individus atteints de délire du toucher, certains mots ou formules prononcés par des onomatomanes dans le but de neutraliser l'influence néfaste qu'ils attribuent à quelques autres.

Les faits de ce genre observés chez les persécutés, semblent en rapport avec un état d'affaiblissement intellectuel, congénital ou acquis. D'ailleurs, chez eux, ils n'apparaissent le plus souvent qu'après une période de maladie déjà longue.

Ces idées de défense active sont encore importantes à relever au point de vue médico-légal ; car souvent, lorsqu'elles passent à l'état d'habitudes, elles peuvent suffire au persécuté pour assurer sa tranquillité et lui épargnent les réactions violentes qui font si fréquemment de ce malade un individu dangereux pour ses semblables.

IV. — Idées de grandeur.

Les idées de grandeur ont été longtemps regardées comme caractéristiques d'une forme vésanique spéciale que l'on appelait la mégalomanie.

Cette manière de voir n'est plus admise aujourd'hui; le délire des grandeurs se rencontre bien rarement à l'état isolé et peut se manifester dans plusieurs affections mentales très différentes les unes des autres, dont il ne constitue qu'un symptôme plus ou moins important, plus ou moins caractéristique.

Sous le terme générique d' « idées de grandeur » on englobe un certain nombre d'idées délirantes quelque peu différentes les unes des autres et qu'il est important de distinguer ; car elles ne correspondent pas toujours à des troubles psychiques absolument identiques et peuvent servir jusqu'à un certain point à distinguer certaines affections mentales où elles se développent, les unes ou les autres, de préférence. C'est ainsi que l'idée de grandeur d'un persécuté chronique, celle d'un paralytique général sont assez dissemblables pour qu'on puisse les reconnaître à leur simple énonciation.

Si l'on cherche à établir un groupement parmi les idées de grandeur, on peut en distinguer deux variétés principales :

1° Les idées de satisfaction, de capacité, de force, de puissance, de richesse ;

2° Les idées orgueilleuses, idées de grandeur proprement dites, idées ambitieuses.

Outre leur formule qui leur donne déjà un cachet propre, ces idées délirantes peuvent se différencier par les caractères suivants :

Celles de la première variété sont en général vagues, mobiles, ne se systématisent guère; elles ne correspondent pas à une idée de transformation de la personnalité; elles ne s'accompagnent que d'un sentiment général de contentement, de plaisir, d'optimisme, en un mot de satisfaction intime. Aussi peut-on les désigner en bloc sous le nom d'*idées de satisfaction.*

Dans la seconde variété, les idées délirantes sont plus précises, plus constantes, plus uniformes ; elles tendent à se grouper, à se systématiser soit entre elles, soit avec les autres idées délirantes du sujet; elles finissent par caractériser une transformation de la personnalité et la substitution définitive de cette personnalité à l'ancienne. Elles correspondent enfin à un sentiment exagéré d'estime de soi-même, d'orgueil, qui peut leur justifier la dénomination d'*idées orgueilleuses* ou *ambitieuses.*

a. Idées de satisfaction. — C'est dans la paralysie générale que l'on rencontre les idées de satisfaction sous leur aspect le plus typique. Le malade est heureux, optimiste, bien portant, d'une force herculéenne, riche à millions. Aucune difficulté ne lui semble insurmontable, il forme des projets d'entreprises gigantesques, d'inventions de toutes sortes dont il ne met jamais en doute la réussite ; l'absurde même ne l'arrête pas ; il est tout-puissant. Toutes ces idées ne sont pas chez lui exclusives l'une de l'autre ; mais se manifestent d'un moment à l'autre. Dans certains cas où elles ne sont pas formulées, le malade reste dans un état d'optimisme indéterminé, de satisfaction vague et béate.

Cette variété de conceptions délirantes est peut-être, dans la paralysie générale, celle où l'on retrouve le plus manifestement les caractères du délire paralytique, l'absurdité, la mobilité, l'incohérence, la contradiction, l'inconscience absolue de la part du sujet qui jamais ne cherche à discuter, à prouver ses affirmations.

Si ces caractères sont très nets une fois la maladie confirmée, il n'en est quelquefois pas de même lorsque les idées de satisfaction marquent le début de la paralysie générale. Elles sont cependant importantes à connaître dans ces circonstances, en raison même des actes dommageables qu'elles peuvent pousser le malade à entreprendre.

C'est en pareil cas qu'il est important de se rappeler la remarque de Cotard qu'un des caractères du délire mégalomaniaque du paralytique réside dans la prépondérance des idées de force, de capacité, de talent, de puissance ; caractère qui, suivant cet auteur, serait dû à ce que le délire se développe sur un état maladif des centres moteurs ou volitionnels, sur une sorte d'hyperboulie qui se traduit par un état d'activité exubérante, de dynamie fonctionnelle, comme l'on dit quelquefois.

Dans la folie intermittente, de forme maniaque en particulier, la folie circulaire, ce sont encore les idées de capacité, de talent, de puissance qui se montrent prédominantes.

Certains auteurs (Régis) ont insisté à ce propos, comme signe diagnostique, sur le contraste qui existe entre la générosité, la libéralité délirante du paralytique général qui parle volontiers de distribuer ses richesses, de faire des fondations humanitaires, de travailler par ses talents au progrès social, et l'égoïsme de l'intermittent, dont les conceptions délirantes ont un caractère plus personnel.

Sans dédaigner la valeur de ces constatations, il est certain que le diagnostic se fera surtout par l'examen des symptômes concomitants, le mode de développement et l'évolution ultérieure de la maladie.

Les idées de satisfaction sont rares dans l'excitation maniaque, la manie simple, où il y a surtout une sorte de suractivité apparente des fonctions physiques et psychiques, mais sans délire à proprement parler (Sollier).

Le malade semble vivre dans un état de bien-être, de satisfaction constante, ravi de ses forces, de l'étendue de son intelligence (aménomanie). Mais il n'arrive plus à l'idée délirante vraie : il peut se comparer par exemple

à un personnage remarquable, mais il ne s'identifie pas à ce dernier.

Cependant il est certaines circonstances dans lesquelles on peut voir des états d'excitation maniaque simple s'accompagner d'idées de satisfaction, lorsqu'ils se développent chez des individus plus ou moins débiles.

Ces idées de satisfaction des débiles ressemblent beaucoup à celles des paralytiques généraux, en raison même du fond d'affaiblissement intellectuel sur lequel elles reposent dans les deux cas. Mais ici l'affaiblissement est de date ancienne, congénitale ; antérieurement, le malade a pu avoir d'autres accidents délirants caractéristiques ; enfin la recherche des signes physiques est de la plus haute importance. Il est bon de se rappeler toutefois, à ce propos, que beaucoup de ces malades présentent des stigmates physiques (inégalité pupillaire, blésité, bégaiement, ânonnement) qui peuvent rendre le diagnostic embarrassant.

Les idées de satisfaction sont tout à fait exceptionnelles dans l'alcoolisme aigu au subaigu, et ne se rencontrent guère que dans l'alcoolisme chronique en marche vers la démence. Elles n'ont point alors de valeur distinctive par elles-mêmes, et se rattachent le plus souvent, à titre de symptômes, à cet état que l'on a désigné du nom de pseudo-paralysie générale alcoolique.

b. Idées ambitieuses. — Si les idées de satisfaction se présentent sous leur forme typique dans la paralysie générale, c'est dans la folie systématique que se rencontrent, avec leur aspect le plus caractéristique, les idées ambitieuses, notamment dans cette forme à évolution progressive, qui des idées de persécution arrive par la suite aux idées ambitieuses.

Les malades se croient princes, empereurs, chargés d'une mission divine, héritiers de hauts personnages, etc.

Leur délire ambitieux présente à peu près ces mêmes caractères intrinsèques que nous avons pu attribuer à leur délire de persécution ; ce qui n'a rien d'étonnant puisque ces deux délires, greffés sur le même fond, ont entre eux les rapports les plus étroits.

Le fait capital est la systématisation des conceptions délirantes. Une fois installées, elles ne changent plus, ne font que se préciser, se développer de jour en jour, fortifiées sans cesse par de nouvelles preuves fournies par les interprétations délirantes, s'enchaînant, se coordonnant non seulement entre elles, mais même avec les idées de persécution. Elles forment ainsi un vaste système délirant qui embrasse toute la vie du malade, non seulement actuelle, mais même passée, et l'amène à une conception nouvelle, une transformation de la personnalité (métabolisme).

Dans cette multitude de preuves qu'il invoque, le malade puise une conviction profonde, une *certitude* inébranlable qui résiste à toute discussion. Plus que jamais, il a la conviction d'être le point de mire de l'attention universelle (délire convergent, égocentrique), et son *orgueil* antérieur ne fait encore que s'exagérer au maximum avec ses nouvelles conceptions délirantes, se reflétant dans son langage et son *attitude* hautaine, vaniteuse et dédaigneuse.

Cette attitude orgueilleuse est même quelquefois le premier signe qui vienne traduire au dehors l'idée ambitieuse que le malade dissimule avec soin.

Une fois apparues, ces idées ambitieuses n'effacent pas les idées de persécution qui les ont précédées et qui restent toujours même prédominantes. Si le malade sait désormais pourquoi on le persécute, il n'en reste pas moins persécuté. L'idée de grandeur ne fait que justifier, mais ne remplace pas l'idée de persécution (J. Falret). Ces deux idées s'alimentent et se fortifient l'une par l'autre.

La genèse de ces idées ambitieuses a été l'objet de bien des controverses.

On admet souvent, par exemple, qu'elle peut être spontanée, ou survenir à l'occasion d'un accident fortuit, d'un rêve, d'une réminiscence, d'une lecture de journal, etc., ou encore se manifester brusquement à la suite d'une hallucination.

Ce n'est là que la simple constatation de ce que l'on peut observer dans certains cas cliniques, et non une explication psychologique.

Nous avons déjà fait remarquer plus haut qu'à l'état normal, le développement d'une idée par genèse spontanée ne concorde pas avec les données de la psychologie moderne; que la maladie ne créant rien de nouveau et ne faisant que déterminer des modifications des actes physiologiques, l'apparition spontanée d'une idée de grandeur chez un persécuté n'est pas admissible, mais suppose nécessairement un travail préparatoire plus ou moins dissimulé. De même un accident fortuit ne peut en être que l'occasion et non la cause première, et l'on a souvent fait remarquer avec raison que les causes accidentelles ne peuvent rien, tant que le malade n'est pas mûr pour les idées orgueilleuses; sinon, les arguments qu'on peut lui fournir ne parviennent même pas à provoquer leur éclosion.

D'autre part, il est bien difficile de comprendre comment une hallucination pourrait provoquer directement l'apparition d'une idée de grandeur chez un persécuté. Ou bien c'est considérer l'hallucination comme un fait extérieur ainsi que le pense le malade, ou bien c'est dire tout simplement qu'il émet des idées de grandeur parce qu'il est devenu mégalomane.

L'hallucination est un phénomène purement subjectif. D'ailleurs, dans la folie systématique, le délire n'est point d'origine hallucinatoire : l'hallucination n'est qu'un phénomène contingent, secondaire, la formule la plus parfaite et la plus complète des convictions de l'aliéné, leur traduction sous une forme sensorielle. Dès lors, quelle importance peut avoir une hallucination ambitieuse dans la genèse des idées de grandeur? aucune : ce n'est que l'expression d'un même fait psychique. Nous revenons ainsi à la genèse spontanée de l'idée de grandeur, plus que jamais inexplicable sans l'intervention d'un travail préparatoire dont l'hallucination n'est que la conclusion dernière.

Une explication plus sérieuse est celle de la déduction logique proposée par Foville.

Nous avons vu plus haut dans quel sens elle devait être interprétée, comment l'idée ambitieuse, traduction dernière d'un orgueil natif, n'était

que le résultat d'une longue élaboration psychique, le plus souvent inconsciente, toujours obscure pour le malade (voir p. 225).

Il existe encore d'autres formes de folie systématique dans lesquelles l'idée ambitieuse se présente côte à côte avec des idées de persécution. Elle ne représente plus alors une progression, une étape particulière dans l'évolution de l'affection ; elle se montre plus rapidement, ou même d'emblée comme les autres idées délirantes ; mais elle garde toujours, bien que moins accentués, les mêmes caractères que dans les cas précédents.

Toutefois, lorsque ces modalités délirantes se développent chez des individus débiles, la systématisation devient de plus en plus précaire, les idées ambitieuses revêtent un caractère de niaiserie, qui les rapproche un peu de celles de la paralysie générale. Il en est de même dans certaines formes de démence précoce (variété paranoïde). Mais dans ces cas divers, elles restent de véritables idées orgueilleuses, et n'ont pas le cachet de satisfaction, de béatitude, de celles du paralytique. D'autre part, elles se mélangent à d'autres idées très diverses, persécution, hypochondrie, qui impriment au délire un cachet de polymorphisme très particulier.

Les idées ambitieuses s'observent quelquefois, mais rarement, chez des alcooliques chroniques côte à côte avec des idées de persécution. Elles sont alors mal coordonnées, en général, et marquent souvent le passage à la démence.

On a signalé la présence d'idées de grandeur dans la confusion mentale délirante : elles sont alors épisodiques, vagues comme toutes les autres qui se manifestent en pareil cas.

Les idées ambitieuses ont été notées quelquefois chez des mélancoliques chroniques. Le fait est très rare. En pareil cas, il est bon de rechercher si elles ne se rattachent pas à un délire systématique secondaire ou simplement à une folie systématique primitive avec idées polymorphes d'auto-accusation, de persécution, de grandeur.

V. — Idées hypochondriaques.

On donne le nom d'hypochondriaques aux idées qui traduisent une préoccupation constante et mal fondée sur la santé physique, l'état des divers organes.

Ces idées peuvent être plus ou moins précises. Tantôt elles ne font qu'exprimer une crainte très vague d'altération générale de toutes les fonctions organiques, d'infériorité, de maladie incurable. Dans le plus grand nombre des cas, elles sont plus spécifiées et concernent le fonctionnement, les modifications de tel ou tel organe.

On a généralement l'habitude de distinguer les idées hypochondriaques en *simples* et *délirantes*, suivant qu'elles se traduisent par de simples préoccupations exagérées ou sans fondement, ou bien par la croyance à un désordre physique, maginaire et invraisemblable.

Si naturelle qu'elle paraisse, cette distinction basée sur le degré de vraisemblance des idées n'est nullement justifiée. En réalité, il n'y a pas d'autre différence entre l'hypochondrie simple ou délirante qu'une simple différence de degré.

Aussi, au point de vue nosologique, la division proposée par G. Ballet nous paraît elle bien préférable.

Une première forme est la petite hypochondrie (hypochondria minor). Là, l'idée hypochondriaque se réduit à des préoccupations sur les causes, la nature, les conséquences de sensations diverses éprouvées par le malade ; elle paraît dépendre d'un état cénesthétique particulier, de caractère hyperesthésique et qui pousse les malades à se préoccuper de leur santé plus qu'il ne conviendrait. Elle garde alors un caractère de vague, d'incertitude, et constitue moins une véritable conviction, qu'une appréhension, une crainte. Aussi le malade est-il accessible au raisonnement et se laisse-t-il volontiers convaincre, au moins pour un temps, par une affirmation nette et formelle. Telle est la forme de l'idée hypochondriaque que l'on observe particulièrement chez les neurasthéniques, chez certains arthritiques ou herpétiques, chez des dyspeptiques, des auto-intoxiqués.

Dans une autre forme, très voisine, l'idée hypochondriaque reste encore une crainte plutôt qu'une conviction ; mais cette crainte prend les proportions d'une véritable obsession angoissante, tenace, s'imposant à l'esprit d'une façon impérieuse, presque sans trêve, et ne laissant guère place au raisonnement que dans les courts intervalles interparoxystiques. C'est la phobie hypochondriaque, la nosomanie, la nosophobie.

Une troisième forme nous amène à la grande hypochondrie (hypochondria major). Là, l'idée hypochondriaque se précise, se systématise, et devient une véritable conviction résistant aux arguments, aux preuves les plus péremptoires. Toutefois cette conviction n'est encore que fausse, elle n'est pas absurde.

De là à l'idée hypochondriaque délirante il n'y a qu'un pas, facile à franchir. Nous arrivons ainsi à la folie hypochondriaque proprement dite, dans laquelle l'idée délirante, pour absurde qu'elle puisse être, conserve cependant les mêmes caractères de précision, de *systématisation,* de conviction, de certitude inébranlable.

Dans les cas précédents, l'idée hypochondriaque restait en fait un symptôme capital, presque caractéristique des différentes modalités de ce qu'on pouvait appeler l'hypochondrie essentielle.

Mais elle peut se rencontrer encore comme symptôme accessoire dans bien des états psychopathiques différents.

L'idée hypochondriaque vraie se rencontre rarement dans cette variété de folie systématique, constituée par le délire de persécution typique ou délire chronique à évolution progressive (Magnan).

« Il est certain que les malades ont de commun avec les hypochondriaques des troubles de la sensibilité générale et l'observation constante et minutieuse de ces sensations ; mais l'interprétation n'en n'est pas la même. » (Journiac.)

Tandis que l'hypochondriaque rattache ses sensations pénibles à une maladie née spontanément ou s'en prend à des causes extérieures comme le climat, la température, etc., le persécuté les rattache aux manœuvres de ses ennemis.

Les troubles de la sensibilité générale, éprouvés par les hypochondriaques vrais et les persécutés, présentent aussi quelques différences. Pour cette raison, Cotard opposait ces malades les uns aux autres sous le nom d'hypochondriaques anesthésiques et d'hypochondriaques hyperesthésiques. Et tandis que les premiers manifestent des craintes de jour en jour plus sérieuses sur l'état de leurs organes qu'ils arrivent à croire perdus sans retour, décomposés, pourris, détruits ; chez les autres, les organes semblent renaître au fur et à mesure des attaques de leurs ennemis pour en subir de nouvelles plus sérieuses encore.

Il est d'autres variétés de folie systématique dans lesquelles on observe de véritables idées hypochondriaques. Elles participent alors aux caractères généraux des autres idées délirantes que nous avons exposés en particulier pour les idées de persécution.

Elles coexistent alors la plupart du temps avec des idées de persécution, de grandeur, etc. Cela donne parfois au délire dans son ensemble un caractère de polymorphisme, sans grande systématisation. D'autres fois, au contraire, les différentes idées se relient l'une à l'autre par une systématisation assez étroite. Nous signalerons à ce propos les cas, mis en relief par G. Ballet, dans lesquels les malades se croient l'objet de persécutions en raison de maladies ou d'infirmités, le plus souvent imaginaires, dont ils se croient atteints et qui justifieraient pour eux jusqu'à un certain point les moqueries, les misères auxquelles ils se disent en butte.

Dans d'autres cas, au contraire, la systématisation suit une marche inverse, et c'est l'idée de persécution qui vient justifier l'idée hypochondriaque.

Les idées hypochondriaques se rencontrent encore chez une catégorie de malades, du groupe des persécuteurs raisonnants, les hypochondriaques persécuteurs, qui s'en prennent à leurs proches, à leurs médecins, de leurs maux imaginaires, les en rendent responsables, et souvent se portent sur eux à des actes violents dans un but de vengeance.

Les idées hypochondriaques ne sont pas rares dans la mélancolie. Le malade exprime alors des préoccupations sur sa santé, son intelligence, son appétit, son sommeil ; son angoisse lui fait craindre d'être atteint d'une maladie de cœur ; il craint de ne pouvoir guérir, etc. Ces idées partagent alors les caractères du délire mélancolique que nous avons exposés en détail pour les idées d'auto-accusation, et se rattachent directement au nouvel état cénesthétique, pénible, produit par la maladie. Lorsque ces idées hypochondriaques occupent le premier plan du délire, elles donnent leur nom à la variété dite mélancolie hypochondriaque.

Dans certains cas particuliers, surtout chroniques, la mélancolie peut s'accompagner d'idées délirantes hypochondriaques d'un caractère particulier et que nous étudierons à part, les idées de négation.

On rencontre également des idées hypochondriaques dans les états mélancoliques qui se rattachent à la *folie intermittente*. Il n'y a alors que la connaissance de l'évolution de l'affection qui puisse trancher le diagnostic avec les cas précédents.

L'alcoolisme chronique s'accompagne quelquefois d'idées hypochondriaques, reliées aux troubles de la sensibilité générale, si fréquents en pareilles circonstances. Elles sont alors à prendre en considération, surtout si elles persistent quelque peu, car elles peuvent conduire les malades à des actes d'auto-mutilation (Chadzinski)[1].

Le délire hypochondriaque est un symptôme très fréquent de la paralysie générale, surtout dans la forme dépressive. Tantôt il existe seul, tantôt il s'accompagne d'idées délirantes d'une tout autre variété. Dans les deux cas, il porte le cachet du fond de démence sur lequel il se développe. Ces idées hypochondriaques ne pourraient cependant suffire à elles seules pour affirmer le diagnostic, mais elles s'accompagnent d'autres signes essentiels de la paralysie générale dont il faut toujours rechercher l'existence à ce point de vue.

Les idées hypochondriaques de la paralysie générale se présentent assez souvent sous une forme particulière, celle des idées de négation, que nous étudierons à part en raison de leur importance.

Il est une autre variété d'idées hypochondriaques assez fréquentes en pareil cas, et constituant le délire des petitesses ou *délire micromaniaque*. Les malades se croient alors devenus tout petits, rabougris, ratatinés ; leurs organes se sont rétrécis, raccourcis, réduits à rien (Materne). Ce délire, regardé pendant un temps comme pathognomonique de la paralysie générale, peut cependant s'observer dans d'autres états vésaniques tels que la débilité mentale, l'intoxication haschichique, etc. (Chambard, Séglas...).

Les idées hypochondriaques figurent souvent dans le délire inconsistant, vague, mobile, du malade atteint de confusion mentale. Elles sont alors souvent en rapport avec des troubles de la perception personnelle dans le domaine des sensations internes.

Les idées hypochondriaques sont extrêmement fréquentes chez les débiles et les imbéciles, soit sous la forme de simples préoccupations, soit sous celle d'un véritable délire. Dans ce dernier cas, elles ont la plus grande analogie avec celles de la paralysie générale et le diagnostic ne peut en être fait que par la constatation des symptômes concomitants.

Elles sont également très fréquentes chez les épileptiques ; mais alors elles dépendent plutôt du fonds mental que du mal comitial lui-même, constituent un délire surajouté (Moundlic), et ne se présentent guère comme une des manifestations du délire épileptique. Cependant elles se montrent assez souvent dans la période prodromique des accès.

Les différents états démentiels, vésaniques, organiques, séniles, s'accompagnent à l'occasion d'idées hypochondriaques. Elles consistent surtout en

une série monotone de plaintes, de réclamations, reflétant un égoïsme souvent extraordinaire. Elles se compliquent presque toujours d'une sensiblerie larmoyante et gémisseuse, quelquefois d'actes violents qui nécessitent l'internement.

VI. — Les idées de négation.

Cette appellation générale s'applique à deux sortes de manifestations intellectuelles un peu différentes.

Tantôt, en effet, la formule négative du langage employée par le malade répond simplement à une tendance morbide à l'opposition, à la contradiction systématique (négativisme).

Tantôt, et le plus souvent, on retrouve sous cette formule une conviction particulière, répondant à l'idée de changement, de destruction, d'absence, de non-existence. C'est là à proprement parler ce qu'on entend désigner par le vocable, idées délirantes de négation.

Les aliénés négateurs n'ont pas de nom, pas d'âge; ils n'ont pas de famille, pas de sentiments, pas d'organes; ils nient tout, l'existence du monde extérieur et souvent même la leur propre.

Ces idées de négation se présentent chez divers malades sous des aspects assez différents pour que l'on puisse en distinguer plusieurs variétés, suivant leur objet ou suivant leurs caractères généraux intrinsèques.

Tantôt, en effet, c'est la constitution physique, la structure, les fonctions, l'existence des différents organes du corps qui sont l'objet des idees de négation. Ce sont là les idées hypochondriaques de négation; les malades disent que leurs organes ne fonctionnent plus comme avant (le sang ne circule pas, le cœur ne bat pas, etc.) ou même sont détruits (ils n'ont plus de sang, de cœur, de langue, d'estomac, de cerveau, etc.).

D'autres fois la négation s'étend aux facultés intellectuelles, et ces malades se plaignent de n'avoir plus d'intelligence, de ne pouvoir ni penser, ni sentir, ni agir.

Dans d'autres circonstances, ce sont les personnes qui l'entourent ou les choses du monde extérieur qui sont l'objet des négations du malade. Il n'a plus de famille, ses amis ne sont plus ses amis, il nie la nature ou l'existence des choses qui l'environnent.

Souvent même ces négations n'intéressent pas seulement les objets ou les êtres, mais s'étendent même à des abstractions.

Des distinctions analogues pourraient être faites dans les idées de négation, si l'on considère leurs caractères intrinsèques. Tout d'abord, elles peuvent n'exister que sous l'une des formes que nous venons de signaler, ou au contraire sous toutes à la fois, et la négation peut ainsi être partielle ou généralisée. D'un autre côté, considérées en elles-mêmes et dans leurs connexions réciproques, elles peuvent se présenter avec un caractère d'absurdité et d'incohérence manifeste ou, au contraire, avec toutes les apparences d'une véritable systématisation.

a. Idées de négation non systématisées. — Parmi les maladies dans lesquelles on peut rencontrer ces idées de négation, nous citerons d'abord la paralysie générale dont on les a regardées longtemps comme caractéristiques. C'est Baillarger qui le premier a attiré l'attention sur ce point et décrit chez les paralytiques généraux une forme spéciale de délire hypochondriaque avec idées de non-existence ou de destruction des différents organes. Le plus généralement, en effet, les idées de négation ne s'adressent ici qu'à la constitution physique de l'individu. Elles s'accompagnent de troubles divers de la sensibilité générale et viscérale, parfois très accentués.

Elles peuvent exister seules ou bien coexister, alterner, ou même se combiner avec d'autres idées délirantes. L'une des combinaisons les plus curieuses est celle dans laquelle les idées de grandeur s'enchevêtrent avec les idées hypochondriaques (les malades ont par exemple une mine d'or qui leur bouche l'intestin).

Elles peuvent apparaître non seulement au début de la maladie, comme l'a indiqué Baillarger qui leur attribuait l'importance d'un signe précurseur, mais encore durant son cours et même à une période avancée. Elles peuvent succéder à une période de dépression simple ou se montrer de suite sous leur forme caractéristique; elles peuvent enfin succéder à une période de délire de satisfaction. Dans ce dernier cas, elles consistent quelquefois dans la négation absurde des idées de grandeur imaginaire qui précédaient.

On conçoit, d'après cela, que suivant l'époque à laquelle ces idées délirantes se montrent, elles peuvent ou non s'accompagner des signes physiques de la paralysie générale confirmée.

Elles partagent d'ailleurs les caractères habituels d'absurdité, d'incohérence ordinaires aux différents délires paralytiques. A ces caractères principaux, on peut en ajouter deux autres de moindre importance, signalés par A. Voisin et Burlureaux : l'indifférence des malades à recourir aux soins médicaux et la soudaineté d'apparition des idées délirantes.

Mais la constatation même de ces caractères est souvent insuffisante pour affirmer la nature paralytique du délire, surtout à la période du début, lorsqu'il n'y a pas encore des signes physiques caractéristiques, car on peut rencontrer ce délire sous les mêmes apparences chez d'autres malades tels que les *faibles d'esprit*. Dans les deux cas, le fonds de faiblesse intellectuelle, congénitale chez le débile, acquise chez le paralytique, et sur lequel se développe le délire, lui donne un aspect à peu près identique. Bien qu'ici il y ait parfois une certaine tendance à la systématisation, elle reste bien incomplète, et le délire semble revêtir plutôt une apparence de mobilité, de confusion, d'absurdité. Les caractères de l'affaiblissement intellectuel, les antécédents, l'apparition d'emblée des idées délirantes devront alors être soigneusement étudiés.

Les idées de négation ne sont pas rares dans la sénilité (Schule, Krafft-Ebing, Krœpelin, Séglas, Camuset), et dans des circonstances très différentes.

C'est ainsi que des idées de négation hypochondriaques, s'adressant à la constitution physique, peuvent se développer à la suite de modifications cénesthétiques, dues à l'involution sénile.

Parfois elles se montrent brusquement à la suite d'un accès apoplectique, déterminant également des perversions graves de la cénesthésie.

Dans d'autres circonstances, assez différentes, la négation est le résultat direct, la manifestation de l'amnésie sénile.

Les idées de négation peuvent encore faire partie d'un accès délirant véritablement en rapport avec la démence sénile. Elles surviennent alors pêle-mêle, sans systématisation aucune, et portent le cachet d'incohérence et d'absurdité habituel aux délires démentiels.

En regard de ces cas, il faut placer ceux dans lesquels les idées de négation font partie de la symptomatologie, non plus d'un accès délirant en rapport avec la démence sénile caractérisée, mais d'une psychose tardive marquant le début de l'involution.

Enfin, elles représentent quelquefois la période terminale de l'évolution d'une psychose ayant débuté à l'âge adulte.

Les idées de négation sont fréquentes dans la confusion mentale avec les caractères habituels des délires qui s'y rattachent. Elles ont alors leur source dans les troubles de la perception personnelle, soit dans le domaine des sensations internes (idées de négation hypochondriaque), soit dans celui des impressions extérieures (idées de négation relatives aux objets, aux personnes).

On les a signalés accidentellement dans le délire fébrile, la manie, enfin l'alcoolisme, où elles sont surtout hypochondriaques et semblent n'être que l'interprétation des troubles de la sensibilité générale.

b. Idées de négation systématique. — A côté de ces cas dans lesquels les idées de négation se présentent à l'état de simples épisodes délirants, il en est d'autres où elles prennent une importance plus grande, et s'organisent en un véritable système.

La maladie dans laquelle se rencontrent dans tout leur développement les idées de négation, c'est la mélancolie, et alors les idées de négation sont parfois généralisées, tellement prédominantes, tellement systématisées, qu'elles donnent à l'affection vésanique un caractère spécial et bien tranché. Le plus ordinairement, elles ne se montrent qu'au bout d'un certain temps de maladie, parfois dès le premier accès, en général après un ou plusieurs accès de mélancolie délirante ordinaire.

Elles font alors partie d'un complexus symptomatique, dit syndrome de Cotard, dont les éléments sont les suivants : 1° idées de négation, 2° idées d'immortalité, délire d'énormité; 3° délire mélancolique, idées de damnation et de possession ; 4° troubles de la sensibilité; 5° anxiété mélancolique; 6° folie d'opposition ; tendance au suicide et aux mutilations volontaires.

Ce syndrome évolue toujours sur un fond mélancolique qui lui a donné naissance; aussi retrouve-t-on dans le délire de négation les caractères généraux déjà signalés des délires mélancoliques, dont il n'est en résumé, ainsi que l'a bien démontré Cotard, que l'expression dernière, la plus développée.

Les idées délirantes de négation peuvent revêtir alors tous les aspects

que nous avons énumérés au début. Sous quelque forme qu'elles se présentent, ces idés diverses ne sont toutes que l'expression d'altérations intéressant les éléments divers de la personnalité.

Par son développement sur un fonds mélancolique primitif, par ses caractères intrinsèques, ce délire de négation se présente ainsi comme un véritable délire systématisé secondaire. Aussi sa signification pronostique est-elle généralement grave, marquant le passage à la chronicité. Pour certains auteurs il constituerait même en pareil cas un symptôme de régression psychique, souvent en rapport avec le début de l'involution sénile (Obici).

Le délire des négations systématisé peut encore se rencontrer dans la folie systématique primitive.

Tantôt il fait partie d'un délire polymorphe; il se présente alors sous une apparence peu systématisée, réalisant ainsi comme une transition entre les idées de négation asystématiques et celles qui sont systématisées.

D'autres fois il se présente avec tous les caractères d'une véritable systématisation. En pareil cas, il peut se rattacher à d'autres idées délirantes, en particulier des idées de persécution. Ces idées de persécution ont alors une teinte assez spéciale qui les rapproche des idées de possession, et reposent sur des troubles psycho-moteurs. En dehors de ces cas, les idées de négation sont rares chez les persécutés ordinaires.

D'autres fois, les idées de négation constituent à elles seules tout le délire. Elles ont alors presque exclusivement le caractère hypochondriaque et constituent ainsi une variété de la folie hypochondriaque systématique.

Dans ces différentes circonstances, les idées de négation participent des caractères généraux habituels aux délires de la folie systématique et que nous avons exposés en détail pour les idées de persécution.

Il en est de même dans certains cas, constituant comme une modalité intermédiaire à la mélancolie et à la folie systématique, dans lesquels les idées de négation systématisées surviennent après un délire d'auto-accusation également systématisé, d'origine primitive.

VII. — **Les idées d'énormité.**

Aux idées précédentes se rattache une variété de conceptions délirantes particulières, importantes à connaître et à distinguer des idées mégalomaniaques avec lesquelles on pourrait les confondre au premier abord. Ce sont les idées délirantes groupées et décrites par Cotard sous le nom de *délire d'énormité*.

Elles ne se présentent guère que dans deux affections, la mélancolie et la paralysie générale, et sont d'ailleurs faciles à distinguer dans les deux cas en raison de leur systématisation dans le premier, de leur caractère asystématique dans le second.

Lorsqu'elles se présentent dans la mélancolie, c'est à titre d'élément constituant du syndrome de Cotard. Elles se rattachent ainsi au délire des

négations confirmé. Le plus fréquemment elles se manifestent alors sous forme d'idées d'immortalité, étroitement liées aux premières. Les malades, par exemple, disent qu'ils ne mourront pas, parce que leur corps n'est pas dans les conditions ordinaires d'existence, d'organisation normale; que s'ils avaient pu mourir, ils seraient morts depuis longtemps; ils sont dans un état qui n'est ni la vie ni la mort et qui ne se terminera jamais.

Dans ces cas, et quelque paradoxal que cela puisse paraître, cette idée d'immortalité n'est donc au fond qu'une idée hypochondriaque sous une étiquette mégalomaniaque; c'est un délire triste relatif à l'organisme. Ces pseudo-mégalomanes, bien différents des malades à idées ambitieuses vraies, au lieu de s'en enorgueillir, gémissent de leur immortalité qui les condamne à souffrir éternellement, supplient qu'on les en délivre, réclament à grands cris la mort qui chez les autres créatures au moins met un terme aux souffrances et laisse ainsi une porte ouverte à l'espérance.

A ces idées d'immortalité se rattachent d'autres idées analogues, plus particulièrement dites d'énormité. « Si l'on examine avec un peu d'attention les immortels, dit Cotard, on s'aperçoit que quelques-uns d'entre eux ne sont pas seulement infinis dans le temps, mais qu'ils le sont aussi dans l'espace. Ils sont immenses, leur taille est gigantesque, leur tête va toucher aux étoiles. Ils sont dans l'infini, dans les millions et les milliards, dans l'énorme et le surhumain. Ils millionnent comme des paralytiques ou des mégalomanes, mais ils millionnent dans le sens du délire mélancolique. C'est là ce qui les distingue des véritables mégalomanes. Dans leur exagération et leur énormité, les conceptions gardent leur caractère de monstruosité et d'horreur. Bien loin que cette énormité soit une compensation au délire mélancolique, elle en marque, au contraire, le degré excessif. Aussi les délirants par énormité sont-ils plus que jamais lamentables, gémisseurs et désespérés ; leur attitude et leur physionomie sont toutes différentes de celles des véritables mégalomanes. »

Comme les idées de négation auxquelles elles se relient, les idées d'énormité, d'immortalité ont leur origine dans les perturbations du substratum organique de la personnalité.

Les modifications de l'ancienne personnalité amènent l'idée de non-existence, et, en même temps, la formation d'une nouvelle personnalité de caractère tout différent suggère au malade l'idée d'immortalité. Par sa source aussi bien que par les réactions qu'elle provoque chez le malade qui s'en désole, c'est en somme une véritable idée hypochondriaque sous une étiquette ambitieuse.

Les idées d'énormité se rencontrent également dans la paralysie générale, mais dépourvues de toute systématisation.

Comme dans le cas précédent, elles constituent alors un délire triste, le plus souvent de caractère hypochondriaque.

Par exemple, une malade se plaint d'avoir l'estomac bouché par trois cents vers ; d'autres se lamentent d'avoir des millions de cœurs ou une érection éternelle.

Ces idées particulières ont été décrites en pareil cas par A. Voisin et

Burlureaux sous le nom de délire *d'exagération*, ou emploi de nombres ou d'expressions intenses pour exprimer des idées dépressives.

VIII. — Idées religieuses.

En pathologie mentale, le terme d'idées religieuses ou mystiques ne désigne nullement, comme on pourrait le croire au premier abord, un délire concernant la religion, les croyances, les dogmes religieux différents. Il sert simplement, la plupart du temps, à qualifier des idées délirantes diverses dont l'expression, la formule rappelle des notions religieuses, une série de croyances dans lesquelles le sujet a été élevé ou dont il a simplement entendu parler.

Aussi, moins encore que les précédentes, ne correspondent-elles pas à une forme morbide particulière. C'est en jugeant de leur mode d'apparition, de leur évolution, de leurs caractères cliniques et psychologiques, de leurs relations avec les symptômes concomitants, qu'on pourra juger de leur valeur dans tel ou tel cas déterminé.

Tout en conservant les caractères généraux des délires habituels à cette affection, les idées religieuses peuvent se présenter dans la mélancolie sous des aspects différents.

Tantôt, le malade ne manifeste que des scrupules religieux, s'accuse d'avoir manqué à ses devoirs, commis des fautes. Eût-il été antérieurement très zélé, il n'a fait que se montrer sacrilège, bien inconsciemment, car il ne se rendait pas compte de son indignité.

D'autres fois, il se croit sous le coup de la malédiction divine; il manifeste la crainte de l'enfer, des idées de damnation. Ce sont ces idées spéciales que l'on a désignées sous le nom de *terreur de la damnation* (Leuret), *damnomanie* (Macario), *damnophobie* (Guislain). Fait à remarquer, le malade reconnaît, comme à son ordinaire en pareil cas, que les supplices qu'il redoute dans l'autre monde sont le juste châtiment des fautes qu'il a pu commettre, même sans le savoir.

Il est des mélancoliques qui manifestent encore des idées de possession démoniaque. Ils se sentent poussés à dire ou à faire des choses contraires à la religion; plus un sentiment, une idée, un acte, leur paraissent condamnables, plus ils se sentent entraînés dans ce sens. Ils parlent, agissent malgré eux comme de véritables criminels, comme des sacrilèges, etc., et cela n'est-il pas une preuve qu'ils sont possédés du démon? Cette idée de possession n'est alors que l'expression d'un dédoublement de la personnalité qui existe toujours plus ou moins accentué dans la mélancolie.

L'explication la plus facile de ce phénomène psychologique (la possession) se trouve, dit Griesinger, dans les cas, qui ne sont pas rares, où les séries d'idées, à mesure qu'elles arrivent, s'accompagnent d'une contradiction intérieure qui s'attache involontairement à elles, et qui a déjà pour résultat d'amener une division, une séparation fatale de la personnalité.

Certains malades se plaignent ainsi d'avoir du « mélange de leurs idées », de voir du pour et du contre dans tout, etc., d'une contradiction intérieure contre leurs propres pensées et leurs déterminations, d'une opposition immédiate et constante contre tout ce qu'ils viennent de penser ou de faire. Entre cette simple contradiction et l'idée de possession complète, il n'y a qu'une différence de degré; les phénomènes psychologiques sous-jacents sont les mêmes et témoignent d'altérations identiques de la personnalité.

Les idées de culpabilité religieuse, de damnation et de possession s'observent dans la mélancolie aiguë ; elles prennent un développement plus marqué lorsque l'affection tourne vers la chronicité.

Les cas où elles sont le plus nettes sont ceux dans lesquels elles font partie du syndrome de Cotard. Si elles peuvent alors s'exprimer d'une façon très nette, à côté des autres idées délirantes de négation et d'énormité, d'autres fois ces différentes idées semblent se condenser dans la même formule.

Ainsi M[me] M. s'accuse « d'avoir *effondré* le monde en méprisant les avis de Dieu ; pour cela elle sera damnée dans l'*éternité* et souffrira de la *damnation* dans le *grand* Enfer, dans des *proportions énormes* et *formidables* ».

Le délire religieux peut se rencontrer sous ces différents aspects dans les périodes mélancoliques se rattachant à la folie intermittente. Le diagnostic ne peut être fait en pareil cas que par l'ensemble des symptômes qui servent à caractériser l'accès et la connaissance de l'évolution de la maladie.

On admet généralement que, dans la folie systématique, le texte du délire n'a qu'une importance secondaire, et que c'est surtout son mode d'origine, ses caractères, l'évolution de la maladie qui doivent fixer le diagnostic. Cette manière de voir est parfaitement exacte en soi ; toutefois ce serait peut-être une généralisation excessive que d'assimiler complètement les délirants mystiques aux autres délirants systématiques. Certains d'entre eux tout au moins méritent d'être distingués comme variétés, non pas tant en raison de leurs idées mêmes, qu'en raison de symptômes particuliers (hallucinations de la vue, troubles de la sphère génitale, troubles psycho-moteurs, dédoublement de la personnalité, etc.) qu'ils peuvent présenter à un degré très développé.

Mais c'est là un point de nosographie qu'il ne nous appartient pas de traiter dans ce chapitre.

Sans examiner par le menu toutes les idées délirantes que peuvent formuler les délirants mystiques systématiques, il en est quelques-uns qui méritent une mention particulière.

Ce sont d'abord ces idées délirantes que l'on désignait autrefois sous le nom de démonomanie ou mieux *démonopathie,* qu'on peut diviser en deux classes avec Macario, Dagonet, Ritti, etc. : la démonopathie *externe* et la démonopathie *interne.*

La démonopathie est la persécution par le démon, et celle-ci peut se manifester sous deux formes qui justifient la division précédente.

Ou bien le démon est en dehors du malade et le persécute de l'extérieur. Alors celui-ci est en butte à des hallucinations sensorielles de toutes sortes :

il entend la voix du démon (hallucinations auditives); il le voit (hallucinations visuelles); il sent son odeur de soufre (hallucinations olfactives); il subit ses coups (hallucinations de la sensibilité générale), ou ses attouchements (hallucinations génitales, incubes et succubes). Dans ce cas, le malade est dans le même rapport vis-à-vis du démon que les persécutés systématiques ordinaires vis-à-vis des autres espèces de persécuteurs (jésuites, police, francs-maçons, etc.).

Aussi cette forme, qui constitue la démonopathie externe, correspond-elle assez exactement à la folie systématique avec délire des persécutions, sauf cette particularité, toutefois, que les hallucinations de la vue et les hallucinations génitales semblent y être beaucoup plus développées.

Les choses sont tout autres dans la forme interne de la démonopathie. Ici, sans doute, il s'agit bien encore d'une persécution par le démon ; mais celui-ci n'est plus comme tout à l'heure en dehors du malade ; maintenant il est au-dedans de lui-même. Ce n'est plus la persécution, la simple obsession, c'est la possession démoniaque que l'on retrouve si sincèrement décrite dans l'histoire des anciens possédés. Non seulement le malade entend la voix du diable et souffre de ses injures ; mais il est devenu son gîte, son esclave ; il doit subir ses volontés, exécuter les actes qu'il commande ; il n'a même plus la direction de ses pensées. Le démon seul parle, agit, pense sans que le possédé puisse s'opposer à sa toute-puissante influence.

A côté de la démonopathie interne, du délire de possession, on peut placer la *démonomanie* vraie, dans laquelle le malade ne croit pas seulement être possédé par le démon, mais s'imagine être lui-même le démon. La transformation est complète ; le vrai démonomane n'est pas seulement dédoublé comme le démonopathe interne, le possédé ; il a perdu complètement la notion de sa personnalité première ; il est devenu un être entièrement différent, il n'est plus un être humain, il est un démon.

En regard des démonopathes se placent les *théomanes*. Tout en gardant son cachet mystique, l'idée délirante perd alors son caractère de persécution pour revêtir celui de la mégalomanie.

La théomanie est d'ailleurs susceptible des mêmes distinctions que nous venons d'exposer.

Tantôt le malade n'a avec l'Esprit bienveillant et supérieur que des communications extérieures, à distance, par l'intermédiaire des sens externes, ouïe et surtout vue.

Tantôt au contraire le souffle divin qui l'anime est tout intérieur ; c'est une autre forme de la possession.

Il peut se faire que la possession se traduise isolément, tantôt sous la forme démonomaniaque, tantôt sous la forme théomaniaque. D'autres fois, les deux idées différentes se succèdent ; elles peuvent même coexister. Jusque-là, l'antagonisme dans les idées, dû au dédoublement de la personnalité, consistait seulement dans l'opposition, dans le contraste d'idées ou d'actes délirants de même caractère, avec les idées saines du malade. Maintenant, les deux ordres d'idées antagonistes appartiennent au délire. Ainsi, l'un de nos malades était

possédé par des Esprits de défense s'opposant à des Esprits d'attaque et représentant « la lutte de saint Michel et de Diabolus ».

Enfin, la nouvelle personnalité devenant de plus en plus envahissante, il se fait une transformation par laquelle le sujet arrive à s'identifier complètement avec l'Esprit supérieur qui le possède et se considère lui-même comme un être supérieur et exceptionnel.

Il est certains malades que l'on pourrait ranger dans la catégorie des aliénés raisonnants et qui, sans présenter d'idées délirantes nettement formulées, se font remarquer par leur exaltation mystique, l'exagération de leurs pratiques religieuses, au sujet desquelles ils ont les scrupules les plus excessifs ; qui se lancent dans l'étude du merveilleux, adoptent un langage, des pratiques cabalistiques, un costume spécial, s'affilient à des sectes religieuses ou philosophiques bizarres, se transforment en apôtres, se livrent parfois à des auto-mutilations pour gagner le ciel et ne reculent pas au besoin devant un crime que leur dicte leur fanatisme, convaincus qu'ils sont d'accomplir une mission divine.

Les préoccupations religieuses jouent souvent un grand rôle dans les obsessions, en particulier dans la forme dite folie du doute. Les malades sont alors assaillis à tout instant de scrupules les plus variés, d'inquiétudes relatives au péché. Ils renouvellent à l'envi les confessions sans pouvoir se tranquilliser et chasser leur idée obsédante qui se présente d'ailleurs ici avec tout son cortège habituel de symptômes.

Il n'est pas rare d'observer chez les débiles, en raison même de leur débilité et de leur crédulité extrême, des idées religieuses, délirantes ou simplement exagérées.

Ces dernières sont importantes à relever, car elles constituent un terrain tout préparé sur lequel pourra, à un moment donné, se manifester le délire. « Ces idées exagérées sont d'ordre divers, mais elles reflètent toujours le fond de la tournure habituelle de leur esprit et portent l'empreinte de la puérilité ou de la niaiserie. Impuissants à généraliser, les débiles s'attachent aux détails, aux minuties, aux considérations secondaires. En fait de religion, ils n'en aperçoivent que le petit côté. «La pompe extérieure du culte seule les intéresse, la divinité n'est pour eux qu'une image; la prière, qu'une oraison. » (Dupain.)

Assez souvent on peut observer chez les débiles quelques idées religieuses fugitives, sans systématisation, se montrant d'emblée ou pour une cause insignifiante en soi, sermons, cérémonies, lectures religieuses.

Quelquefois ces idées peuvent persister plus longtemps, s'enchaîner et présenter une sorte de systématisation au moins apparente ; mais elles gardent toujours l'empreinte du fonds de superstition et de faiblesse intellectuelle sur lequel elles reposent.

Dans l'idiotie et l'imbécillité, les idées religieuses sont réduites à leur minimum et témoignent, comme les autres idées, de l'exiguïté des facultés mentales des idiots. Leurs extravagances religieuses sont niaises et absurdes, et le délire religieux, lorsqu'il existe, est très peu actif (Dupain).

Les délires mystiques s'observent fréquemment dans les paroxysmes délirants d'origine épileptique. Les principales particularités sont alors le début brusque, l'incohérence, le caractère onirique, la présence d'hallucinations, la disparition aussi brusque que le début, l'inconscience et l'amnésie consécutive.

Les idées religieuses peuvent se présenter chez les hystériques dans différentes circonstances.

Elles peuvent s'accompagner de phénomènes hystériques qui appartiennent aux autres périodes de l'attaque et dont la présence est comme le sceau de la grande névrose (P. Richer) ; ou bien elles se montrent d'une façon indépendante, sans aucun rapport immédiat avec les crises convulsives.

Dans ce dernier cas, tantôt elles peuvent être considérées comme un délire de nature hystérique, si l'on y constate, comme dans une belle observation de délire de possession rapportée par Pierre Janet, le caractère fondamental de l'état mental hystérique, le dédoublement de l'esprit, l'alternance des états de conscience, la formation de phénomènes réellement inconscients.

Autrement, l'on admet qu'elles ne se manifestent qu'à titre de symptômes d'une affection mentale, variable, coexistant chez le sujet avec l'hystérie.

Au point de vue clinique, les idées mystiques des hystériques s'accompagnent le plus ordinairement d'hallucinations, notamment de la vue et du sens génital (incubes et succubes). « La plus haute expression du délire religieux, chez elles, c'est le commerce intime, la plupart du temps génésique, plus ou moins matérialisé, avec la divinité ou avec le diable. » (Dupain.)

Il est à remarquer aussi que, plus encore que les aliénés d'autres catégories, les hystériques, en raison même de leur suggestibilité, offrent un terrain des plus favorables à la contagion, et que des épidémies de délire religieux se montrent chez elles particulièrement fréquentes.

Lorsque l'on parle des idées délirantes mystiques relevant d'une intoxication, il faut citer en première ligne celles qui se rattachent à l'absorption de solanées vireuses (mandragore, belladone) et constituent l'ancienne *démonolatrie*. On sait en effet que les sorciers, avant de partir pour le sabbat, se frottaient de graisses ou d'onguents spéciaux : « Le diable, dit P. Regnard, a remis à la sorcière une graisse faite de foies d'enfants morts sans baptême. Il lui suffit de s'en frotter le corps, de prononcer des paroles magiques et d'enfourcher un manche à balai pour être transportée à travers les airs. Dès maintenant je puis dire que, de l'avis de tous, ces onguents contenaient des sucs de solanées vireuses, de mandragore et de belladone, qui ont pour action précisément de provoquer des hallucinations persistantes et enchaînées. »

Le haschich, l'opium, l'éther, l'alcool, dans les formes aiguës ou subaiguës de l'intoxication, peuvent provoquer aussi des idées délirantes religieuses. Elles gardent d'ailleurs en pareil cas les caractères habituels des délires toxiques, hallucinatoires, à forme de rêve.

Il peut arriver aussi, dans certains cas donnés, que le poison réveille un autre genre de délire, religieux lui aussi, et relevant d'une autre affection.

Les idées mystiques se rencontrent quelquefois dans la paralysie générale avec les caractères habituels de puérilité et d'extravagance des délires relevant de cette affection. Le plus ordinairement elles se manifestent comme idées de satisfaction : les malades se croient Dieu, Jésus-Christ, le Père Éternel, le fils de Jupiter; ils créent des mondes, sont les grands dieux de l'univers, une quatrième personne de la Sainte Trinité, etc.

Dans les autres formes de démence, démence vésanique, organique, sénile, les idées religieuses se manifestent avec les mêmes caractères de niaiserie, d'incohérence, en raison même du fonds commun d'affaiblissement intellectuel sur lequel elles reposent.

IX. — Idées érotiques.

Le terme d'idées érotiques ne désigne pas d'une façon générale les délires qui concernent les organes ou les fonctions sexuelles.

Ainsi on n'applique pas d'habitude le qualificatif d'érotique aux auto-accusations du mélancolique qui se croit coupable d'adultère, aux préoccupations de l'hypochondriaque portant sur la sphère génitale.

La signification du terme, idées érotiques, est beaucoup plus restreinte et sert plutôt à désigner simplement les manifestations délirantes du sens génésique. Ces idées n'en occupent pas moins une place importante dans la symptomatologie psychiatrique.

La plupart du temps, elles sont accompagnées d'un sentiment agréable. Le malade se complaît dans la représentation continuelle de la sexualité et de tout ce qui semble avoir un rapport avec la satisfaction de l'appétit génésique. D'autres fois, au contraire, les idées érotiques réveillent des sentiments pénibles de colère, de répugnance, de honte, ainsi que cela se présente chez les délirants persécutés qui souffrent des illusions les plus bizarres de la sphère génitale (Morselli).

Les idées érotiques peuvent se manifester dans plusieurs conditions différentes :

1° Dans un premier groupe de faits elles dépendent d'un état d'excitation générale.

L'état d'excitation qui marque la première période de la paralysie générale est peut-être de tous celui où l'érotisme est le plus marqué.

Les malades émettent à ce sujet des conceptions délirantes, empreintes d'une satisfaction exagérée : ils se vantent de leur puissance, de prouesses génésiques fantastiques, d'une exagération invraisemblable.

Leur érotisme ne se traduit pas seulement par des idées, mais aussi par des actes. Ils font de nombreux excès vénériens, se livrent volontiers à l'exhibitionnisme, et sont souvent inculpés d'attentats à la pudeur, de tentatives de viol.

L'état d'excitation maniaque, symptomatique de la folie intermittente, est, après la paralysie générale, l'affection où l'érotisme est le plus fréquent

(Sollier). Tantôt il se manifeste simplement dans le langage, la mimique, par des actes obscènes, des attitudes lascives, des propos ou des chansons cyniques. Il est alors d'autant plus frappant qu'il s'observe chez des femmes, d'une éducation antérieure excellente, d'une réserve parfaite à l'état normal. D'autres fois, les malades vont plus loin, s'adonnent à l'onanisme, font des excès génésiques et se livrent à des actes érotiques qui peuvent compromettre leur honorabilité et provoquer des scandales.

Dans certaines variétés d'excitation maniaque symptomatique, en particulier dans celles dites « manie puerpérale », les idées érotiques, très développées, donnent au délire un cachet tout spécial d'obscénité.

L'érotisme se développe encore dans certaines intoxications, haschich, opium, alcool. Tantôt il se manifeste sous forme de rêves hallucinatoires ou d'idées délirantes reliées également à des hallucinations ; tantôt par de l'excitation génésique, de l'onanisme, des excès vénériens ou des actes délictueux, exhibitionnisme, attentats, etc.

L'épilepsie s'accompagne fréquemment d'érotisme : les malades s'adonnent volontiers à un onanisme automatique sous le coup des accès et parfois commettent des actes obscènes, se livrent à l'exhibitionnisme.

L'excitation sexuelle est loin d'être rare chez les déments séniles. Ils nourissent des projets de mariage, recherchent dans des pratiques anormales le réveil de leur sexualité impuissante, se livrent volontiers à l'exhibitionnisme et peuvent commettre encore d'autres actes délictueux de la même catégorie.

2° Dans un second groupe de faits, les idées érotiques font partie intégrante d'un délire organisé et sont associées à des hallucinations.

Citons ici en première ligne le délire des persécutions systématique. Sans insister sur les cas dans lesquels certaines hallucinations de l'ouïe trahissent chez le persécuté des idées d'ordre génital, comme lorsqu'il s'entend appeler « sodomiste, pédéraste... », il convient de rappeler que les hallucinations plus ou moins complètes du sens génital sont très fréquentes dans les différentes variétés des délires de persécution. Les malades se plaignent de sensations particulières du côté des organes génitaux, picotements, brûlures, ou même de sensations nettement spécifiques ; ils accusent leurs ennemis de les violer, de leur tirer du sperme... Malgré tout, et c'est là un fait important, ces hallucinations n'ont pour le malade aucun caractère agréable. Elles portent toujours le cachet de la persécution, et constituent autant de nouveaux griefs qu'il invoque contre ses persécuteurs. Elles peuvent aussi déterminer des plaintes, des accusations contre des personnes fort honorables. Chez certains aliénés persécutés, les hallucinations génitales sont extrêmement fréquentes. On a voulu voir alors un antagonisme entre leur développement et celui des idées de grandeur (Christian). Mais cette opinion ne peut être érigée en règle, et comporte de nombreuses exceptions.

Chez certains persécutés systématiques ayant en même temps des idées d'auto-accusation, les persécutés auto-accusateurs, on voit d'ordinaire les idées de persécution se rattacher à des préoccupations relatives à l'état des

parties ou des fonctions génitales ou à des idées d'auto-accusation de teinte érotique (adultère, prostitution, etc.) (Ballet, Séglas).

Il est des persécutés, des femmes surtout, dont le délire de persécution se traduit presque exclusivement par des idées de jalousie vis-à-vis de leur mari, de leur amant qu'elles accusent à tout propos d'infidélités, d'adultères répétés, invraisemblables, matériellement impossibles. Certaines de ces malades se livrent alors, sous l'influence de ces idées, à de véritables excès génésiques à titre de dérivatif contre les débordements supposés de leur conjoint.

On a décrit encore une variété particulière de persécutés raisonnants ou persécutés persécuteurs chez lesquels prédominent les idées érotiques. Ce sont les persécuteurs amoureux qui poursuivent de leurs obsessions telle ou telle personne déterminée dont ils s'imaginent avoir été remarqués et pour laquelle ils nourrissent une passion que l'insuccès ne fait que développer.

Les idées érotiques sont extrêmement fréquentes chez les délirants mystiques.

« Le rapport est tel entre la folie religieuse et l'excitation sexuelle qu'on pourrait croire que ce sont les mêmes cellules cérébrales qui président aux mêmes phénomènes. » (Ball.)

Cette excitation sexuelle se manifeste sous des formes variées ; souvent c'est l'onanisme. Mais non moins fréquemment les idées mystiques s'associent à des tendances érotiques, à des hallucinations génitales, en particulier chez les démonolâtres, les théomanes. Les malades n'entretiennent pas toujours avec les esprits supérieurs un commerce platonique comme dans le ravissement, l'extase. Ils ont aussi avec eux des relations plus intimes, basées sur des illusions ou des hallucinations génésiques ; ils sont incubes ou succubes. Certaines malades se sont même réellement livrées à des individus dans lesquels elles ont cru reconnaître la personnification d'êtres divins ; et il n'est pas rare, à la suite de ces relations sexuelles, réelles ou purement hallucinatoires, de voir des femmes croire à une grossesse imaginaire et se prétendre enceintes des œuvres de la Divinité.

Erotisme et hystérie sont deux termes qui ont été longtemps presque synonymes, sous l'influence de la vieille théorie qui plaçait le siège de l'hystérie dans les organes génitaux. Des travaux plus récents ont entrepris à cet égard, comme à beaucoup d'autres, la réhabilitation de l'hystérique. Quelques-uns même ne craignent pas de nous représenter l'hystérique comme le plus généralement frigide.

Il nous paraît prudent de rester sur la réserve. « L'érotisme, dit P. Janet (et je partage pleinement cet avis), existe dans l'hystérie comme toutes les idées fixes possibles... Dans le délire hystérique surtout, les malades parlent très souvent d'amant, de mari, de viol, de grossesse... mais on ne peut mettre dans son délire que ce que l'on a dans l'esprit. » L'érotisme peut même en pareil cas jouer un rôle tout à fait prédominant ; et, sans vouloir généraliser, je ne puis m'empêcher de constater que, par une coïncidence sans doute curieuse, dans les faits les plus caractérisés de délire d'origine et de nature hystérique que j'ai pu recueillir personnellement, les préoccupations sexuelles,

le délire érotique, les hallucinations génitales figuraient toujours au nombre des phénomènes vésaniques les plus caractérisés.

Rappelons qu'il n'est pas rare en pareil cas d'entendre les malades formuler contre certaines personnes des accusations auxquelles leurs hallucinations génitales fournissent une certaine base et sur lesquelles leur imagination brode tout un roman, quelquefois assez habilement construit pour donner le change (Sollier).

3° Dans un troisième groupe de faits, les idées érotiques constituent presque à elles seules un délire auquel se conforme toute la conduite de l'aliéné.

Telle est l'érotomanie, délire érotique presque toujours chaste, dans lequel les malades nourrissent un culte idéal pour une personne d'une situation au-dessus de la leur ou même pour un être imaginaire.

Telles sont aussi les idées érotiques obscènes et de caractère obsédant, obsessions de mots rappelant des images génitales, hallucinations obsédantes d'organes génitaux, de rapprochements charnels. Nous citerons à ce propos certaines formes de folie du doute dans lesquelles le malade craint toujours d'avoir été violé, de s'être livré à quelqu'un, et ressent dans la crise obsédante des sensations génésiques particulières.

4° Il convient enfin de rappeler toutes les perversions sexuelles, que nous ne pouvons étudier ici et qui forment un chapitre à part de la nosographie psychiatrique.

X. — Délires métaboliques et palingnostiques.

Il est encore certaines idées délirantes qu'il importe de signaler, non pas qu'elles puissent servir à caractériser une forme vésanique particulière, mais parce qu'elles impliquent une perturbation profonde de toute la vie psychique.

Ce sont les idées qui constituent les délires métaboliques ou de transformation, de métamorphose, et les délires palingnostiques ou de reconnaissance.

Le *délire métabolique* se présente sous différents aspects, en rapport avec la nature même des idées délirantes.

Le plus ordinairement, le qualificatif de métabolique s'applique aux délires dans lesquels tous les faits ou tous les objets du monde extérieur n'ont plus pour le malade la même signification que leur accorde le consensus universel et subissent une transformation qui les met en accord avec les conceptions délirantes.

Ainsi, les infirmiers sont des ministres travestis, l'asile devient un royaume, etc.

Non seulement cette transformation porte sur des faits ou des objets au moment même, mais elle peut également intéresser les événements du passé ; c'est ainsi que le délire devient à la fois rétrospectif et métabolique.

Le nom que portent les malades n'est pas leur vrai nom ; leur famille n'est

qu'une famille d'adoption, etc. Le délire traduit ainsi une transformation dans l'idée de la personnalité, de la position sociale du malade.

D'autres fois, le délire métabolique correspond à un changement dans la personnalité individuelle du sujet (délire métabolique de la personnalité). Il se croit autre qu'autrefois, différent du commun des mortels, un être extraordinaire, hors des lois naturelles ; et dans des cas plus accentués se manifestent des idées de possession démoniaque, de démonomanie.

Le délire métabolique de la personnalité peut en intéresser aussi la base organique. Le malade exprime alors des idées de transformation des organes de nature hypochondriaque : il est en verre, en bois, en caoutchouc, etc. Dans des cas plus complets, la transformation corporelle est absolue, Il se croit changé en animal (zoanthropie), en loup (lycanthropie).

Le *délire palingnostique* (Mendel) ou de reconnaissance consiste en ce que le malade croit reconnaître dans ce qu'il voit pour la première fois, dans un milieu tout à fait nouveau, des objets, des individus qu'il aurait déjà connus auparavant, un milieu dans lequel il se serait déjà trouvé autrefois.

Le délire palingnostique n'est ainsi que l'expression la plus complète, la manifestation parfois presque continue, le plus généralement associée à d'autres symptômes délirants, d'un phénomène dont le mécanisme est encore bien discuté et que l'on a désigné sous les noms divers d'illusions ou d'hallucinations de la mémoire, de fausse mémoire, d'illusion de « déjà vu », d'illusion de fausse reconnaissance.

C'est, nous semble-t-il, par une extension fâcheuse que l'on désigne quelquefois sous le nom de délire palingnostique les conceptions délirantes de malades prétendant comprendre aujourd'hui ce qui pour eux était autrefois incompréhensible, avoir trouvé la signification précise des événements de leur vie. Ces idées si fréquentes chez les persécutés systématiques se rapprocheraient plutôt du délire rétrospectif et métabolique.

Les différentes formes de délire métabolique et palingnostique se rencontrent en général dans les vésanies chroniques et les différents états de faiblesse intellectuelle congénitale ou de démence acquise.

LIVRE II

SYNDROMES MENTAUX

Une maladie mentale n'est nettement caractérisée au point de vue nosologique que lorsque la symptomatologie qui la constitue se rattache à une étiologie précise et s'explique par une pathogénie toujours identique à elle-même : ainsi en est-il, par exemple, du délire alcoolique. Dans d'autres cas, au contraire, certains troubles mentaux peuvent se grouper de façon à constituer des syndromes qui, bien qu'ayant une physionomie assez fixe, au moins à ne les envisager que dans leurs traits généraux, relèvent d'une étiologie très variable et peuvent être l'expression clinique de maladies diverses : de ce nombre sont certainement la manie, la mélancolie, la confusion mentale et peut-être aussi le délire aigu, dont la symptomatologie est toujours assez semblable à elle-même, mais dont les causes sont probablement diverses.

Toutefois, la confusion mentale et le délire aigu, bien que survenant dans des conditions variées, paraissent toujours sous la dépendance d'un processus toxique ou infectieux. Aussi, pour éviter des redites, en avons-nous rejeté l'étude à la partie de cet ouvrage qui traite des troubles mentaux consécutifs aux intoxications et aux infections.

Nous ne décrirons dans ce livre que la manie et la mélancolie.

CHAPITRE PREMIER

MANIE

(Allemand : *Die Manie;* Anglais : *Mania;* Italien : *Pazzia*)

Par D. ANGLADE

Définition. — Esquirol [1] définissait la manie : « Une affection caractérisée par la perturbation et l'exaltation de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté ». Baillarger, adoptant des termes analogues, la faisait consister dans « une surexcitation générale et permanente des facultés intellectuelles et morales ». Ces définitions ne sont exactes qu'en partie. En effet, s'il y a dans la manie, suractivité de certaines facultés, il y a, au contraire, une sorte de déchéance, au moins temporaire, de certaines autres (Conolly Norman [2]). Nous pensons qu'on peut considérer l'affection comme un syndrome constitué par l'incohérence des idées et le désordre des actes, et résultant d'une exaltation morbide des opérations psychomotrices, affranchies momentanément du contrôle de la volonté directrice.

Ce syndrome s'observe dans des conditions et des situations cliniques fort diverses : il constitue une des modalités de la folie intermittente, il se rencontre chez les dégénérés à équilibration mentale défectueuse et à exaltation facile, chez les épileptiques où il réalise un équivalent de l'accès, quand il n'en est pas une suite. Il peut éclater au début ou au cours de l'encéphalite diffuse dont il voile plus ou moins les autres symptômes ; il n'est pas jusqu'aux intoxications qui ne puissent le produire. Dans quelques cas, ses causes, en dehors des causes morales accidentelles, échappent, et il y a lieu de se demander si l'on n'est pas en droit d'admettre et de maintenir une manie idiopathique, dont la fréquence, à la vérité, est allée diminuant chaque jour, à mesure que l'on a appris à mieux connaître les maladies dont la manie relève si souvent (folie périodique, épilepsie larvée, paralysie générale, dégénérescence mentale). C'est un point sur lequel nous aurons à revenir.

Historique. — L'histoire de la manie envisagée en tant que syndrome, nous fait remonter aux origines mêmes de la pathologie mentale, car l'affection, à cause de sa physionomie bruyante, est de celles qui devaient tout d'abord attirer l'attention.

[1] Esquirol. *Des maladies mentales,* 1838, t. II, p. 132.
[2] Conolly Norman. *Dictionary of psychological medic.* London, 1892.

A la vérité, dans les écrits hippocratiques, dans ceux de Cœlius Aurelianus [1] et d'Arétée [2], il n'est question que d'états d'exaltation et de fureur dont la description s'applique aussi bien à la fureur épileptique qu'à la fureur maniaque.

Galien [3] confondait même la manie avec la mélancolie ; mais les médecins du XVIe siècle s'appliquèrent à montrer le contraste que présentent les symptômes des deux affections, et leur observation est empreinte d'un grand sens clinique. On lit avec un réel intérêt la description des états maniaques dans les œuvres de Nicolas Lepois [4], de Félix Plater [5], de Sennert [6] et de Willis [7] : ce qui fait regretter davantage que ces auteurs aient cru devoir sacrifier aux opinions alors régnantes en attribuant la manie aux interventions diaboliques. Il ne répugne pas à la raison de Willis, « ce logicien sévère », comme l'a appelé Calmeil [8], d'admettre que les démons puissent s'insinuer dans les couloirs du système nerveux et agir à la place du cerveau » ; mais Van Helmont [9] lui-même n'a-t-il pas mis l'agitation maniaque sur le compte de la fureur de « l'archée » ?

Les médecins du XVIIIe siècle, qui ne furent pas meilleurs observateurs que les précédents, mais dont l'esprit sut s'affranchir des influences théologiques des siècles passés, cherchèrent aux états maniaques des explications moins métaphysiques. « Ils résultent, dit Vieussens [10], de l'effervescence des esprits animaux provenant d'un grand feu qui existe dans le sang. »

« L'accumulation du lait, la présence de larves d'œstre dans le cerveau, les mouvements de la lune, ne sont point étrangers, d'après Sauvages [11], à la production de manifestations d'ordre maniaque. » Nous sommes déjà loin de l'influence du diable ; mais il faut arriver à Pinel pour voir la manie envisagée définitivement au point de vue positif.

Sous ce nom, Pinel [12] décrit tous les états d'exaltation cérébrale avec ou sans délire, avec ou sans agitation ; il définit la manie, « une affection marquée au moral comme au physique par une vive excitation nerveuse, par la lésion d'une ou plusieurs fonctions de l'entendement avec des émotions gaies ou tristes, extravagantes ou furieuses ». Esquirol [13] et Morel [14] complètent

[1] Cœlius Aurelianus. *Chronic. morb.*, lib. I, cap. III.

[2] Arétée. *De causis et signis morb.*

[3] Galien. *De locis affectis*, lib. III, cap. III et IV.

[4] Nicolaï Pisonis, etc. *De cognoscendis et curandis præcipue internis humani corporis morbis*, etc., in-4°, 1736.

[5] Felix Plater. *Praxeos medicæ*. Bâle, 1656.

[6] Sennert. *Opera omnia*, in folio, Lugdini, 1666, t. II, p. 393 et suiv.

[7] Ch. Willis. *De mania*, p. 261, 262, 263.

[8] Calmeil. *De la folie*, 1845, t. I, p. 407.

[9] Van Helmont. Cité par A. Linas in art. Manie du *Diction. encyclop. des sc. méd.* Paris, 1871, t. IV, 2e série, p. 508.

[10] Vieussens (Raimond de). *Œuv. comp.*, t. III, p. 65.

[11] Sauvages. *Nosologia methodica*, etc., in-4°, 1761.

[12] Pinel. *Traité de la manie*. Paris, an IX.

[13] Esquirol. *Les maladies mentales*. Paris, 1838.

[14] Morel. *Études clin. sur les mal. ment.* Paris, 1852.

l'œuvre de Pinel : tous les symptômes de la manie sont minutieusement observés et soigneusement décrits.

Il semble qu'un édifice aussi bien construit en apparence dût être inébranlable ; et cependant il ne devait pas tarder à s'écrouler. La folie à double forme et la folie circulaire, la paralysie générale, les folies toxiques, la confusion mentale elle-même, allaient s'en disputer les débris ; à l'heure qu'il est, on conteste à la manie le droit au titre d'entité morbide.

Erp Taalmann[1] constate que, d'après son observation, le diagnostic de manie établi 107 fois ne put être maintenu que 4 fois, et l'auteur, frappé de ces résultats, se demande s'il ne conviendrait pas de rayer l'affection de la liste des *maladies* mentales proprement dites, pour la faire rentrer, à titre de symptôme, dans le cadre de la folie périodique. Il en est ainsi fait dans le Traité de psychiatrie de Kræpelin[2] : cet auteur, n'ayant observé qu'un seul cas de manie sans récidive sur un nombre de 1 000 malades qu'il a pu suivre pendant de longues années, supprime la manie essentielle (die einfache Manie), ou du moins l'englobe dans la folie maniaque dépressive (das manisch-depressive Irresein)[3]. D'autre part, Otto Hinrichsen[4], analysant 284 observations de manie, relève 51 cas sans récidive ; mais il observe que la proportion des guérisons datant de plus de vingt ans n'est que de 4,7 p. 100. Sa conclusion diffère néanmoins de celle des auteurs précédents et il admet la réalité d'une manie essentielle.

En l'état de nos connaissances, cette conclusion nous paraît légitime. Car, si les statistiques de Erp Taalmann, de Otto Hinrichsen et surtout de Kræpelin prouvent la rareté de la manie idiopathique, elles n'autorisent pas à nier son existence.

Symptômes. — La manie affecte des degrés d'intensité très variables et sa physionomie change avec chacun d'eux ; elle commence à la simple exaltation cérébrale et finit aux formes suraiguës dont l'intensité est parfois telle qu'on les a confondues avec le délire aigu qui sera décrit plus loin.

Nous allons envisager comme type dans notre description une forme d'intensité moyenne.

La manie est l'expression la plus saisissante de la désorganisation psychique. Chez le maniaque, rien n'est dissimulé. Un besoin immodéré de penser, de parler et d'agir se donne libre carrière, « au grand jour et toutes portes grandes ouvertes », ainsi que le disent fort bien Tilling[5] et Magnan[6], pour qui la formule du maniaque est : tout au dehors. Et, de fait, le malade

[1] Erp Taalmann Kip (Dordrecht). Manie aiguë. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, t. LIV, 1897.

[2] Kræpelin. *Psychiatrie ; ein Lerbuch für Studirende und Aerzte*, t. I, II, Leipzig, 1899.

[3] Kræpelin, *loc. cit.*, t. II, p. 359.

[4] Otto Hinrichsen (Zürich) : Statistischer Beitrag zur Frage nach der Häufigkeit der einfachen acuten Manie im Verhältniss zu den periodischen Formen derselben. *Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, t. LIV, fasc. 5, p. 786, janvier 1898.

[5] Tilling. La manie se présente-t-elle sous la forme de modalité morbide autonome? *Jahrbuch. f. Psych.*, V, 1-2.

[6] Magnan. *Leç. clin.*, 1893, p. 383.

est en communication constante avec le monde extérieur : du regard il enveloppe rapidement les personnes et les choses qui l'entourent; au médecin qui lui adresse la parole, il s'empresse de répondre, lui tend la main, lui donne un nom, rappelle un fait qui le concerne, se reconnaît avec lui un degré de parenté ou un lien d'amitié ; de même, dans le personnel qui le soigne et le surveille, il ne voit que des alliés ou des amis, rarement des persécuteurs. La vue d'un objet éveille dans l'esprit du maniaque une multitude de souvenirs ; elle est motif à des associations bizarres de mots et d'idées. S'il interroge, le malade se hâte de faire lui-même la réponse ; il ne peut attendre celle de l'interlocuteur. Sa parole est abondante et facile ; mais la phrase est à peine ébauchée ; visiblement, le malade n'a pas le temps de la finir, dans sa hâte d'en commencer une nouvelle qu'il ne parviendra pas à terminer davantage. Sa voix prend des intonations diverses ; parfois, il s'entretient à mots bas, puis élève le ton, déclame et crie suivant la nature des idées qui l'assaillent et qu'il veut extérioriser. La *parole* d'ailleurs se met d'accord avec la physionomie pour exprimer tour à tour la gaîté ou l'ironie, la colère ou la fureur. Si le malade écrit, sa plume a vraiment la « bride sur le cou ». Les phrases ne sont jamais finies, les mots sont incomplets et les lettres mal formées. L'*écriture* est irrégulière et désordonnée comme les idées et le mouvement. Le maniaque néglige l'alignement, il griffonne dans tous les sens et dans tous les coins, n'arrive jamais à bout de tout écrire, reprend sans cesse la même feuille, la plie et la déplie, trace des caractères jusque sur l'enveloppe. Sa main ne tremble pas, et, si elle écrit sous dictée, dans un effort momentané d'attention, elle n'oublie ni mots ni lettres : ce qui contraste avec ce qu'on observe d'habitude chez le paralytique général dont l'état mental, dans quelques cas, ressemble singulièrement à celui du maniaque.

Fait à noter, et qui peut, lui aussi, servir à distinguer le maniaque du paralytique, au plus fort du bavardage incohérent et de la *logorrhée,* alors qu'il semble impossible que le malade endigue le cours de ses idées qui *fuient,* et qu'il en arrête la marche et l'association désordonnées, il n'est pas incapable pourtant de prêter un court instant d'attention à une question impérieuse et pressante. Il se ressaisit momentanément, fait quelques réponses exactes, puis retombe dans son incohérence ; le paralytique général ne peut faire un pareil effort.

Les *idées délirantes* n'ont dans le tableau clinique qu'une place secondaire. Elles sont fréquentes sans doute, mais l'excessive mobilité des idées et des sentiments du maniaque rend compte de leur multiplicité, de leur variabilité, de l'absence de systématisation. Le malade, dont l'état émotif est lui-même changeant d'un instant à l'autre, rit et pleure tour à tour, entonne des chansons obscènes ou religieuses, associe une idée triste à une idée de grandeur, se montre tour à tour persécuté, négateur ou mégalomane, voit Dieu et le diable. Cependant certains maniaques arrêtent plus volontiers leur esprit sur une catégorie d'idées fixes : les idées érotiques semblent plus fréquentes dans certaines formes de manie puerpérale, les idées ambitieuses chez les individus qui ont des tares dégénératives accusées.

Les *illusions* sont assez communes dans la manie : les malades voient les objets renversés, rapetissés ou démesurément grossis ; ces objets prennent à leurs yeux les proportions d'êtres fantastiques, les bruits les plus ténus deviennent des carillons assourdissants ; les mets et les boissons qu'on leur offre ont tantôt un goût délicieux, tantôt celui d'aliments ou de breuvages



Fig. 15. — Maniaque (d'après une photographie de la collection de D. Anglade).

empoisonnés. Les *hallucinations* proprement dites sont plus rares. On les rencontrerait dans un cas sur sept, au dire de Macario.

Les *actes* sont désordonnés ou incoordonnés comme les idées. Le maniaque s'abandonne sans retenue à un besoin « tumultueux de mouvement » (Ball). De l'extase mystique il passe sans transition aux attitudes provocantes et lascives. Il invoque, supplie, injurie ou menace tour à tour ; il s'agite sans cesse et sans but, bouscule les obstacles et les personnes, déchire ses vêtements, brise les objets qui sont à sa portée (fig. 15).

La *sensibilité* paraît exaltée ; les sensations visuelles, auditives surtout,

provoquent de vives réactions ; à la vérité il s'agit plutôt d'une hyperalgésie que d'une hyperesthésie vraie, et s'il n'est pas douteux que les malades perçoivent plus vivement les impressions sensorielles, il n'est pas établi qu'ils les perçoivent avec plus de finesse.

La sensibilité générale est troublée comme la sensibilité spéciale, mais non de la même façon. La douleur est faiblement sentie ; les contusions, les blessures occasionnent peu de souffrance. La sensibilité thermique est en général très affaiblie : le maniaque supporte, sans en être incommodé, les froids les plus rigoureux. Il semble qu'il en soit de même pour certaines formes de sensibilité musculaire, si l'on en juge au moins par la facilité avec laquelle les malades se livrent sans éprouver de fatigue aux efforts violents et prolongés.

Les *réflexes* cutanés et tendineux, la contractilité idio-musculaire ont été étudiés par Agostini [1] qui les a trouvés normaux. Schermer [2], antérieurement, avait cru remarquer que les réflexes rotuliens, conservés pendant la période d'état, disparaissent au cours de la convalescence pour reparaître, un, deux ou trois mois plus tard.

Le *sommeil* est nul ou mauvais. Il n'est pas rare que ce soit la nuit ou le soir qu'ait lieu le maximum d'agitation.

Les *fonctions organiques* peuvent être plus ou moins troublées. En ce qui concerne la *digestion*, l'appétit est capricieux ; souvent les malades refusent de manger, ils boivent au contraire d'habitude sans difficulté. La langue est assez souvent saburrale au début, mais elle se nettoie par la suite et les maniaques arrivent à manger gloutonnement.

Le *pouls* est souvent fréquent, mais cette fréquence tient à l'agitation du malade. La *température* reste normale, tout au plus s'élève-t-elle à 38°. L'apparition de la fièvre, qui n'est pas dans la symptomatologie de l'accès maniaque, est un signe de complication (complication viscérale ou délire aigu).

La *nutrition* est peu troublée. Il est surprenant que le maniaque, dont l'agitation est extrême et l'alimentation d'ordinaire défectueuse, maigrisse peu et conserve un état général satisfaisant.

Les *sécrétions* sont activées. La salivation est abondante. L'acidité du suc gastrique est accrue, au dire de Leubuscher et Ziehen [3], d'Orliac [4]. Les glandes cutanées sécrètent en plus grande quantité une sueur dont on a comparé l'odeur à celle de la souris. Les urines sont aussi plus abondantes qu'à l'état normal. Mais, d'après Magnan [5], la proportion de produits solides (urée, phosphates) n'est pas augmentée, contrairement à ce qu'avait prétendu Byasson [6]. Des recherches de Chevalier-Lavaure [7], de Brugia [8], de G. Ballet et de

[1] Agostini. *Rivist. sperim. di freniat.*, XXX, fasc. 3 et 4.

[2] Schermer. *Münchener Med. Wochenschrift*, avril 1889.

[3] Leubuscher et Ziehen. Variations de la quantité d'acide chlorhydrique stomacal dans les psychoses (*Neurol. Centralbl.*, 1892, n° 30).

[4] Orliac. Le chimisme gastrique chez les aliénés. *Th. de Toulouse*, 1899.

[5] Magnan. *Leç. clin.*, 1893, p. 390.

[6] Byasson. Cité par Magnan. *Leç. clin.*, p. 390.

[7] Chevalier-Lavaure. Des auto-intoxications dans les mal. ment. *Th. de Bordeaux*, 1898.

[8] Brugia. Tossicita delle urina nei pazzi. *Riforma medica*, n°s 218 et 223, septembre 1892.

Roubinovitch[1], il résulte que le coefficient de toxicité urinaire n'est pas accru, contrairement à ce qui s'observe dans la mélancolie.

Du côté des *fonctions sexuelles*, on note, dans certains cas, la suppression ou l'irrégularité de la menstruation, ou bien, au moment des époques cataméniales, l'exagération des phénomènes d'excitation. L'excitation génitale et les tendances érotiques sont communes chez les maniaques : les femmes en présence des hommes perdent souvent toute retenue.

Formes. — La description qui précède s'applique à une forme maniaque de moyenne intensité. En deçà et au delà de ce type il y a des variétés dans lesquelles les symptômes s'atténuent ou s'accusent. Si l'on efface du tableau les manifestations les plus bruyantes, le désordre des actes, les idées délirantes, les illusions, l'incohérence, on a affaire à la simple exaltation maniaque (manie lucide de Trélat[2]) (mania mitis ou mitissima, hypomanie, folie raisonnante des auteurs français[3]). A la vérité, l'exaltation maniaque est d'habitude autre chose qu'un degré atténué de l'affection que, faute de pouvoir faire mieux, nous appelons manie idiopathique : elle constitue le plus ordinairement l'une des modalités de la folie dégénérative (excitation des dégénérés) ou de la folie périodique ou circulaire dont elle n'est souvent que le « premier terme » (Ball[4]).

Toutefois elle peut être le prélude d'un accès de manie franche ; à ce titre nous devons en dire ici quelques mots. La physionomie de l'exalté n'est plus celle du vrai maniaque : son attitude et ses paroles ne trahissent pas, de prime abord, le trouble mental dont il est atteint. Le malade s'exprime avec facilité ; il a la répartie prompte et spirituelle ; sa mémoire est vive et l'évocation des souvenirs facile. Toutefois si la conversation se prolonge un peu, le sujet la suit et s'y mêle avec moins d'assurance ; il perd patience, n'écoute pas les demandes, s'embrouille et se montre légèrement incohérent dans ses réponses. Les lacunes intellectuelles deviennent alors évidentes : les sentiments affectifs et le sens moral apparaissent pervertis, le jugement faussé.

Si l'on se renseigne sur le passé du malade on apprend d'ordinaire qu'il a toujours été un peu fantasque, mobile et hésitant dans ses déterminations ; que son humeur était inégale, qu'une exubérance excessive alternait avec des états de dépression, et que peu à peu l'exubérance a fait place à l'exaltation. Tel sujet, qui ne savait autrefois prendre une décision, se lance avec témérité dans les entreprises les plus hardies, ne connaît plus d'obstacles ; tel autre, dont la mémoire était paresseuse et l'imagination engourdie, évoque les souvenirs avec la plus grande facilité, fait acte d'inventeur, de romancier ou de poète ; il peut même arriver que les inventions, les romans ou les poésies ne soient pas toujours dénuées de valeur. Pendant ce temps le malade

[1] G. Ballet et Roubinovitch. Contribution à l'étude des auto-intoxications dans les maladies mentales. *Comptes rendus du Congrès de la Rochelle*, 1894.

[2] Trélat. *La folie lucide*, etc. Paris, 1861, p. 289.

[3] E. Kræpelin, *loc. cit.*, t. II, p. 374.

[4] Ball. *Leç. clin.*, p. 288.

néglige sa famille; il n'a plus pour elle la même affection et lui réserve sa mauvaise humeur et ses emportements. Hors du foyer, l'excité maniaque paraît d'abord d'un commerce agréable, mais il ne tarde pas à fatiguer par son orgueil et sa loquacité; il éloigne par sa mauvaise foi, ne peut entretenir longtemps des relations d'amitié et se plaît à semer la discorde dans les familles ou entre amis. Le sens moral ayant disparu, les instincts se donnent libre carrière : le malade perd toute retenue. Pour satisfaire ses appétits génésiques exagérés, il entretient ouvertement des relations qui compromettent sa fortune et sa réputation.

Le trouble mental qui, primitif ou secondaire, paraît dominer dans l'exaltation maniaque, c'est l'affaiblissement de la volonté; les malades, quand ils sont guéris, racontent volontiers qu'au cours de leur accès, ils n'étaient plus maîtres de leur pensée ni de leur personne et que l'exercice de leurs facultés se faisait en quelque sorte en dehors d'eux-mêmes, avec une activité dont ils ne se savaient pas capables : un maniaque, qui nous récitait, pendant sa maladie, des pages entières des dialogues de Lucien, ne savait plus après sa guérison en retrouver une seule phrase; un autre[1] devinait des rébus compliqués, ce qu'il fut plus tard incapable de faire. L'automatisme cérébral, on le voit, est dans ces cas-là aussi accusé qu'il est possible.

Le tableau clinique qui précède ressortit le plus souvent, nous l'avons dit, à la période d'exaltation de la folie périodique et circulaire. Lorsque l'excitation maniaque constitue le prodrome d'un accès de manie, sa physionomie clinique est la même, mais on la voit peu à peu s'exagérer. L'incohérence apparaît et avec elle le désordre des actes et les troubles des fonctions physiques.

Un même accès de manie peut présenter tous les degrés : l'exaltation ouvre la scène, puis l'état maniaque s'affirme et enfin la manie devient aiguë ou suraiguë. Dans la manie suraiguë, le désordre des idées et des actes atteint son maximum : le délire, les hallucinations sont intenses. Les troubles fonctionnels prennent de l'importance et des symptômes d'épuisement se manifestent. C'est la physionomie du délire aigu, moins la fièvre à la vérité, qui constitue un symptôme capital de cette dernière affection.

Marche. Durée. Terminaisons. — La manie s'annonce, dans les deux tiers des cas environ, par une période prodromique : tantôt on note un état de dépression mentale avec inaptitude générale, insomnie, tantôt un état d'excitation maniaque qui peut durer plusieurs jours ou même plusieurs semaines. Souvent, au cours de cette période, le malade commet des excès qui hâtent l'explosion de la manie franche. Mais l'accès maniaque peut débuter brusquement sous l'influence d'une ou plusieurs des causes occasionnelles dont nous parlons plus loin.

L'état maniaque franc dure deux ou trois mois, rarement plus d'un an, et sa durée est en raison inverse de son intensité.

[1] D. Anglade. Observation consignée in Peguilhan : Valeur séméiologique des idées de négation. *Th. de Toulouse*, 1895, p. 46.

La guérison est la règle. Elle se produit environ sept fois sur dix. Les accès se terminent ordinairement à la fin des saisons extrêmes : les températures basses ou élevées entretiennent l'agitation, et c'est au printemps ou à l'automne qu'on observe le plus souvent les guérisons. Des incidents de diverses natures peuvent la hâter : Raggi et Bergonzoli[1] l'ont vue survenir instantanément à la suite d'une saignée artérielle; Willerding[2], après une pleurésie ; Schultze[3], sous l'influence d'une diphtérie pharyngienne.



Fig. 16. — Exaltation maniaque. (Collection de D. Anglade).

Elle se produit quelquefois brusquement. Un malade, agité la veille, se montre, le lendemain, parfaitement calme et maître de lui. Ce mode de guérison est le moins favorable. D'autres fois l'amélioration procède par poussées : le maniaque se calme un jour, s'agite de nouveau le jour d'après ; il arrive ainsi à la fin de sa crise dans des conditions meilleures que les précédentes, moins bonnes cependant que si l'accès s'est terminé par une atténuation progressive de tous les symptômes.

Une fois sur dix environ, la manie verse dans le délire aigu ou se termine par la mort sous l'influence d'une complication viscérale, pulmonaire surtout. Dans un cinquième des cas elle passe à l'état chronique : l'agitation s'atténue, l'état général s'améliore, mais l'incohérence persiste (fig. 17). Bien peu de ces maniaques chroniques arrivent, comme on le pense généralement, à la démence vraie. Ils conservent souvent leurs aptitudes professionnelles, leur mémoire et une bonne part de leur activité intellectuelle; ils sont encore capables de systématiser un délire[4]; alors le maniaque chronique puise dans la foule des conceptions délirantes qui existaient au cours de l'état aigu, certaines idées de persécution ou de grandeur qu'il associe comme il peut, bien ou mal, mais qu'il exprime avec persistance et en recourant aux mêmes for-

[1] Raggi et Bergonzoli. Un cas de guérison instantanée d'accès maniaque chez une imbécile à la suite d'une saignée artérielle de 300 grammes. *Cong. de la Soc. psychiat. de la prov. du Rhin*, 21 novembre 1888.

[2] Willerding. La pleurésie stimulerait la circulation encéphalique. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLVI, f. 5.

[3] Schultze. Guérison d'une manie sous l'influence d'une diphtérie pharyngienne. *Arch. f. Psy.*, XXI.

[4] D. Anglade. Délires systématisés secondaires. *Rapport au Congrès de Marseille*, avril 1899.

mules. Ainsi transformé en une sorte de délirant systématique, il a une physionomie bien spéciale, une tenue particulière qui le font reconnaître aisément dans un service.



Fig. 17. — Manie chronique (d'après H. Dagonet).

Psychologie et anatomie pathologiques. — Ce qui caractérise l'état mental du maniaque, c'est l'irritabilité, c'est l'impossibilité de fixer l'attention, c'est l'incohérence de la pensée qui résulte d'une trop grande rapidité dans la succession et l'association des idées. A l'état normal, la volonté dirige et refrène l'enchaînement de nos pensées ; dans la manie, cette action frénatrice devient impossible et fait place à l'automatisme cérébral. Les impressions sensorielles évoquent des souvenirs qui s'associent entre eux ou aux perceptions actuelles avec une rapidité telle que l'intelligence erre, pour ainsi dire, à l'aventure, sans direction et sans règle. Le langage des malades, si on le suit et l'analyse avec attention, révèle aisément le trouble fondamental dont ils sont atteints : leur *logorrhée*, les *ellipses* (J. Falret) dont ils émaillent leur discours, la *fuite des idées* qui caractérise celui-ci donnent au premier abord l'impression d'une incohérence qui est plus apparente que réelle. Comme l'a dit justement Foville, « si l'on se donne la peine d'écouter longuement les maniaques, d'étudier avec persistance le mécanisme de leurs divagations, on finit par saisir assez souvent un certain rapport entre ce qu'ils disent et ce qu'ils ont entendu immédiatement auparavant ; tantôt c'est un mot qui vient d'être prononcé et dont le sens provoque une idée instantanément traduite en vociférations violentes ; tantôt ce n'est pas le sens du mot, mais sa simple consonance (association des idées par *assonance*) qui, par une sorte de calembour, sert de point de départ à un nouvel ordre d'idées et de propos, remplacé bientôt lui-même par un autre qui paraît, au premier abord, tout différent, mais qui néanmoins en dérive. Ces idées ne sont donc pas réellement dissociées, loin de là ; la faculté d'association persiste, mais elle s'exerce si rapidement que l'esprit du malade arrive d'emblée, par un seul bond, à une conclusion à laquelle l'homme sain ne serait parvenu qu'après des transitions plus ou moins longues. »

La physiologie du cerveau et l'anatomie pathologique de la manie nous fournissent-elles l'explication de cette suractivité des opérations cérébrales, de cette déchéance de la volonté directrice, de cette prédominance de l'auto-

matisme cérébral qui caractérisent le syndrome ? Il serait illusoire de penser qu'il en soit ainsi.

Dans la manie, il n'y a pas de lésions macroscopiques. L'injection des vaisseaux de la pie-mère (Calmeil, Meynert, Luys, Emminghaus), l'opacité et l'épaississement des méninges, les épanchements d'hématine et d'hématosine dans les gaines vasculaires sont inconstants, ne se voient guère que dans les formes anciennes et chroniques, et paraissent être dès lors des lésions contingentes et secondaires.

Les lésions microscopiques ne sont pas plus significatives. On a signalé de la prolifération nucléaire (Repping), des dégénérescences graisseuses et pigmentaires des cellules; dans un cas compliqué d'hémorrhagie méningée, nous avons trouvé les altérations qui caractérisent l'épuisement de la cellule nerveuse (chromatolyse des grandes cellules pyramidales) et des ébauches de prolifération névroglique. Mais, jusqu'à nouvel ordre, il n'est pas permis de faire grand fonds sur de semblables lésions.

A défaut d'une anatomie pathologique précise, sommes-nous au moins en mesure, pour expliquer la manie, de recourir à des hypothèses ? Celle qu'on a proposée récemment paraîtra au moins audacieuse; contentons-nous de l'indiquer.

On sait que d'après Ramon y Cajal[1], les cellules névrogliques situées au voisinage des vaisseaux suscitent, par la contraction ou l'extension de leurs prolongements, des dilatations ou des rétractions vasculaires qui déterminent des hyperhémies ou des anémies cérébrales et qu'elles régissent ainsi, dans une certaine mesure, les processus psychiques. D'autre part, directement et sans l'intervention des vaisseaux, les mêmes cellules, par leurs mouvements, établissent ou suppriment les contacts entre les cellules nerveuses qu'elles ont pour mission d'isoler.

Or, c'est « en rétractant le protoplasma de leurs appendices, que les pseudopodes névrogliques, dit Ramon y Cajal[2], permettent entre les cellules et les arborisatious nerveuses l'établissement de contacts anormaux. Ainsi s'expliquent la fuite des idées délirantes, l'exaltation de la pensée, l'exagération de la réaction motrice. »

Il est à peine besoin de dire que cette interprétation ingénieuse aurait besoin d'être confirmée par l'observation directe. A la supposer exacte d'ailleurs, le problème ne serait pas résolu complètement : il resterait encore à déterminer pourquoi dans la manie les corpuscules névrogliques ont des mouvements anormaux d'expansion et de rétraction.

Diagnostic. — Le diagnostic de la manie consiste à la différencier des états

[1] Ramon y Cajal. Algunas conjeturas sobre el mecanismo anatomico de la ideacion, asociacion y atencion. *Riv. de med. y cirurgia praticas.* Madrid. Nic. Moya, 1895, 14 pages; et Algo sobre la significacion fisiologica de la neuroglia. *Riv. trimestal microgr.*, vol. 11, f. 1, Marz 1897, p. 33

[2] Ramon y Cajal, cité par J. Soury, in Histoire des doctrines contempor. de l'histologie du système nerveux central. Théorie des neurones, in *Arch. de neurol.*, vol. III, 2e série, 1897, n° 16, avril, p. 303.

d'excitation et de réaction maniaque symptomatiques qui peuvent la simuler.

On doit se garder de la confondre avec le délire et l'agitation qui se montrent souvent au début ou au cours des diverses maladies aiguës (pneumonie, fièvre typhoïde, méningite). Dans ces cas, on a pour établir le diagnostic différentiel, en dehors des symptômes propres à ces diverses affections, la fièvre, qui ne fait pas partie de la symptomatologie de la manie, et aussi les caractères du trouble mental qui, dans les maladies auxquelles nous faisons allusion, revêt ceux du délire onirique ou de la confusion mentale[1].

A la vérité, le diagnostic peut devenir délicat quand la manie, ce qui est possible, se déclare au déclin d'une des maladies précitées, ou quand elle se complique d'une affection viscérale, d'une pneumonie, par exemple, qui modifie le tableau clinique en y surajoutant la fièvre. Dans ces cas particulièrement complexes, mais au demeurant assez rares, les anamnestiques et l'examen méthodique des divers viscères permettront de juger la situation.

Certains délires infectieux (infection puerpérale) ou toxiques (urémie, acholie, alcoolisme aigu ou subaigu, empoisonnements par les solanées, etc.) peuvent aussi simuler la manie. Mais dans l'alcoolisme et l'empoisonnement par les solanées, l'agitation est subordonnée aux hallucinations, particulièrement aux hallucinations visuelles qui dominent le tableau clinique, tandis qu'elles sont au contraire rares et effacées dans la manie vraie ; dans l'urémie et l'acholie, dans les délires infectieux, indépendamment des signes propres à ces états (modifications de l'urine, ictère, symptômes divers d'infection), on constate que la turbulence est moins vive, l'agitation plus modérée, l'association des idées plutôt entravée qu'exaltée ; bref, là encore, on a affaire au tableau clinique non de la manie, mais de la *confusion mentale*.

On verra plus loin quels sont les caractères propres de ce syndrome et en quoi ces caractères le différencient nettement des états franchement maniaques avec lesquels il a été longtemps confondu. Rappelons seulement que contrairement à ce qui a lieu dans la manie, l'excitation n'y est pas continue, mais alterne plus ou moins avec des phases de dépression, que les hallucinations à caractère onirique n'y sont pas rares, que les opérations cérébrales y sont entravées et non pas suractives.

Il est souvent fort difficile de distinguer l'accès de manie franche, de l'excitation maniaque que détermine la *paralysie générale*. Quand cette excitation survient au cours de la maladie, le diagnostic est en général aisé, car on a pour l'établir, en dehors des anamnestiques, les signes physiques déjà nettement appréciables de l'encéphalite. Mais il n'en est plus de même quand cette dernière affection débute par une crise maniaque : derrière l'agitation, la loquacité, le langage exubérant et facile, on n'arrive à deviner la paralysie générale que par un examen très attentif et quelquefois prolongé qui fait constater certaines lacunes étranges de la mémoire dénotant déjà de l'affaiblissement intellectuel, quelques hésitations de la parole, parfois de l'inéga-

[1] Voir plus loin la description des délires toxi-infectieux.

lité pupillaire ou des troubles des réflexes (exagération ou abolition des réflexes rotuliens).

A la suite des accès ou des vertiges *épileptiques,* se manifeste parfois un état d'agitation qui rappelle celui qu'on observe dans la manie. Mais la manie épileptique est de courte durée, survient brusquement, disparaît de même et ne laisse après elle aucun souvenir de ce qui vient de se passer. C'est à elle qu'il faut certainement rapporter la plupart des cas qu'on a décrits sous le nom de *manie transitoire*, *manie éphémère, délire par accès* (Lasègue).

Lorsqu'on est en présence d'un accès maniaque bien et dûment constaté, il reste encore à s'assurer qu'on a affaire à ce qu'on appelle à tort ou à raison la manie franche (manie idiopathique) et non à un accès d'excitation chez un dégénéré ou à un accès de folie intermittente.

Le premier diagnostic se basera sur la connaissance des antécédents du malade et des stigmates physiques ou mentaux qu'il présente. Il n'a du reste qu'une importance très secondaire, la manie paraissant exiger pour se développer, sinon toujours un état de dégénérescence avéré, au moins une prédisposition névropathique qui y confine.

Il est plus important de ne pas confondre un accès passager de manie avec un accès, forcément récidivant, de *folie intermittente.* Ce diagnostic n'est pas exempt de difficultés quand on est en présence du premier accès de manie périodique ; on en trouvera plus loin les éléments.

Pronostic. — Il résulte de ce qui précède que le pronostic de la manie franche est en général favorable, si l'on a soin d'éliminer de son cadre les formes qui appartiennent aux folies intermittentes, périodiques et circulaires.

Au cours d'un accès de manie évoluant régulièrement, il faut considérer comme circonstances aggravantes les difficultés de l'alimentation, la dénutrition rapide, les complications viscérales, les troubles de la circulation périphérique (maladie de Raynaud)[1], la gangrène des extrémités[2], et surtout l'apparition de la fièvre. Il faut interpréter comme de mauvais aloi une amélioration de l'état physique ne coïncidant pas avec une amélioration parallèle de l'état mental : un maniaque qui prend de l'embonpoint, bien que l'agitation persiste, qui dort la nuit, est un malade qui s'achemine vers la chronicité. Le moment précis où s'opère le passage de l'état aigu à l'état chronique n'est pas facile à saisir et aucun signe pathognomonique ne le caractérise avec certitude.

Étiologie. — Il est rare qu'on ne trouve pas dans les antécédents héréditaires du maniaque une tare vésanique ou nerveuse. Tandis que la tare vésanique prédispose de préférence aux formes intermittentes et périodiques, la

[1] Matan Raw. Une observation de maladie de Raynaud consécutive à la manie aiguë. *The Journ. of ment. Science,* octobre 1889.

[2] Macpherson. Sur un cas de manie aiguë avec gangrène symétrique des orteils. *The Journ. of mental Science,* avril 1889.

taré nerveuse semble préparer plus volontiers le terrain pour l'éclosion des accès de manie dite idiopathique.

Cette cause prédisposante est puissamment secondée par les causes diverses de surmènement et de fatigue : excès divers (génitaux ou alcooliques), travail excessif, chagrins habituels, soucis, émotions.

La manie éclate de préférence chez des sujets à tempérament exalté. Les races méridionales y sont particulièrement exposées; Leloyer[1] savait les maniaques plus nombreux en Italie, dans les Abruzzes, la Calabre et la Pouille, au Maroc, etc.

La manie est une affection de l'adolescence et de la première partie de l'âge adulte. Elle frappe de préférence les sujets âgés de quinze à trente-cinq ans ; mais on a cité des cas survenus à treize ans[2], ou après cinquante ans. La puberté, le sexe féminin y prédisposent. La plus grande fréquence de la manie chez la femme tient, pour une bonne part, au rôle étiologique de la puerpéralité, et, accidentellement, à celui de la menstruation et de la ménopause.

Les causes déterminantes de la manie sont d'ailleurs très variables : les émotions, les chagrins, les contrariétés vives ont sur son apparition une influence certaine admise par tous les auteurs ; il n'est pas rare de voir l'affection éclater brusquemement à propos d'une frayeur, d'un revers de fortune, d'une nouvelle imprévue, d'une perte douloureuse. L'insolation, le refroidissement[3], le traumatisme cérébral[4], les hémorragies abondantes en sont quelquefois les causes occasionnelles. Garnier et Santenoise[5] ont observé la manie aiguë chez un acromégalique, mais il s'agissait vraisemblablement d'une simple coïncidence. Robinson[6] et Rendu[7] ont vu des états qui la rappellent survenir à la suite de l'intoxication par l'acide salicylique.

On sait enfin combien la manie est fréquente au cours de l'état puerpéral ; on l'observe quelquefois pendant la grossesse, plus souvent après l'accouchement et aussi durant la lactation.

Il importe toutefois de faire des réserves au sujet des trouble dits maniaques qui se développent sous l'influence des intoxications et de la puerpéralité. Le plus souvent, en pareille occurrence, on a affaire à des délires hallucinatoires ou à des états de confusion mentale analogues à ceux qui se produisent communément à la suite des infections et des toxémies et dont on trouvera la description plus loin. Il est plus rare qu'on se trouve en pré-

[1] Leloyer. *Des spectres*, etc. Angers, in-4°, 1888.

[2] S. A. R. Strahan. Manie aiguë chez un jeune garçon de treize ans. *The Journal of mental science*, juillet 1884.

[3] Calmeil. *De la folie*, 1845, t. II, p. 225.

[4] George W. Cale. Manie aiguë consécutive à un traumatisme. Trépanation, guérison. *The New-York med. Journal*, 12 octobre 1895.

[5] Garnier et Santenoise. Observation de manie aiguë chez une acromégalique. *Arch. de neur.*, vol. IV, 2e sér., 1897, n° 24, déc., p. 486.

[6] Robinson. Excitation maniaque intense consécutive à l'administration du salicylate de soude. *Journ. of med. Science*, oct. 1895.

[7] Rendu. Un cas de délire salicylique. *Soc. méd. des Hôp.*, 28 oct. 1898.

sence de la manie vraie; toutefois, chez les individus prédisposés, l'excitation cérébrale occasionnée par un empoisonnement ou par les diverses circonstances de la puerpéralité, peut aboutir à un véritable état maniaque qui ne relève pas, au moins directement, d'une toxi-infection.

Traitement. — Le maniaque sera *isolé* dès que les premiers symptômes du désordre cérébral seront devenus évidents : l'isolement évite à l'exalté les excès auxquels il est irrésistiblement conduit, et il y a profit pour tous les maniaques à être soumis à un traitement précoce. Cet isolement ne peut être que bien difficilement effectif à domicile ou dans une maison de campagne[1]. D'habitude, la maison de santé ou l'asile s'imposent; c'est là seulement que le malade trouve un personnel apte à le surveiller, indulgent pour ses extravagances et prêt à lui laisser toute la liberté à laquelle il a droit; car, disons-le tout de suite, la contrainte l'exaspère et redouble son agitation.

A la maison de santé ou à l'asile, le malade sera immédiatement mis au *lit* où le retiendront les exhortations et la surveillance aidées au besoin d'une médication sédative, *à l'exclusion de tout moyen de contrainte mécanique*. On s'efforcera de tonifier le système nerveux tout en calmant l'irritabilité des centres corticaux. L'alimentation rigoureusement surveillée, composée de mets substantiels et d'une digestion facile : lait, œufs, jus de viande, etc., constitue la meilleure des médications toniques. On lui associera les préparations *phosphorées*, l'*arsenic*.

Pour calmer le malade, on recourra en premier lieu aux *bains tièdes* prolongés. Nous indiquons ailleurs les avantages et la technique de leur emploi : on vérifiera préalablement si le cœur fonctionne bien, on pourra alors, en cas de grande agitation, maintenir le patient pendant cinq ou six heures consécutives dans un bain à température constante (30° centigrades). Mais il faut avoir soin d'assurer le refroidissement de la tête pour éviter les poussées congestives au cerveau. Les douches doivent être réservées pour la dernière période de la maladie et administrées froides lorsque l'agitation a cessé et a fait place à de la torpeur cérébrale[1].

La médication hypnotique doit être mise en œuvre, soit pour remédier à l'insomnie du début, soit pour diminuer l'agitation. Le *chloral* seul ou associé au bromure (Magnan [2]) trouve ici son indication. Toutefois, il faut en surveiller attentivement les effets, car son emploi prolongé peut retentir fâcheusement sur le cœur.

L'*opium* peut être aussi utilement employé sous forme d'extrait ou de laudanum. On est d'ordinaire obligé d'user de doses assez fortes (jusqu'à 5, 10 et même 15 grammes de laudanum); il faut avoir soin de n'arriver à ces doses élevées que d'une façon progressive et en tâtant en quelque sorte le terrain. L'opium en effet n'est pas toujours exempt d'inconvénients : s'il est moins à redouter que ne le pensait Conolly, il arrive qu'au lieu de produire

[1] Blin. Traitement des états maniaques, in *Traité de thérapeutique Robin*, 1898, p. 113.
[2] Magnan. *Leç. Clin.*, p. 419.

un effet sédatif, il favorise le mouvement congestif vers la tête et exagère plutôt l'agitation (Marcé, G. Ballet). En tout cas, on est généralement d'accord pour ne pas recommander les injections sous-cutanées de sels de morphine, qui sont presque toujours inefficaces et quelquefois nuisibles à cause de leur action congestionnante sur le cerveau.

Les autres hypnotiques (*trional*, *sulfonal*, *hypnal*, *paraldéhyde*, *chloralose*) peuvent aussi rendre des services, bien que leur action soit très inconstante.

L'*hyosciamine* a été très recommandée comme sédatif de l'agitation (Schüle). On n'en obtient d'effets qu'à la condition de prescrire de hautes doses : il faut débuter par 5 milligrammes pour arriver assez rapidement à 8 et 10 centigrammes chez la femme, à 10 et 15 centigrammes chez l'homme. Il en résulte souvent de l'engourdissement des membres, de la constriction du pharynx, de l'enrouement, de la dilatation marquée des pupilles, de la cyanose de la face avec affaiblissement du pouls, tous symptômes qui obligent à renoncer à l'emploi du médicament.

L'*hyoscine* et la *duboisine* ont aussi une action sédative énergique. Nous dirons au chapitre consacré au traitement général, ce qu'on peut attendre de ces alcaloïdes et la façon de les employer.

Bourneville et Roux ont dans deux cas usé avec avantage des inhalations de *bromure d'éthyle* [1].

Il est important dans la manie aiguë de surveiller l'action du cœur et de prévenir les poussées congestives : à l'occasion, les toniques cardiaques, particulièrement la *digitale*, et les préparations d'*ergotine* trouvent leur indication.

Enfin, en cas d'état saburral des voies digestives ou de constipation, on aura recours à l'emploi des *purgatifs*, ou même exceptionnellement des vomitifs, qu'il faut d'ailleurs se garder de prescrire systématiquement comme quelques auteurs (Marcé) l'ont naguère conseillé.

[1] Roux. *Th. de Paris*, 1882.

CHAPITRE II

MÉLANCOLIE

LYPÉMANIE (Esquirol)

(Allemand : *Die Melancholie;* Anglais : *Melancholia;* Italien : *Malinconia*)

Par D. ANGLADE et G. BALLET

Définition. — La mélancolie est une affection mentale caractérisée par de la dépression avec sentiment d'impuissance morale et de tristesse. Elle procède par accès d'une durée courte ou longue, susceptibles de guérir mais aussi de récidiver, et, dans quelques cas, de passer à l'état chronique. L'accès est constitué par des troubles, les uns constants et fondamentaux, les autres secondaires et inconstants quoique habituels. Le phénomène primitif et constant est un trouble *émotionnel* ou *affectif :* il s'agit d'un sentiment plus ou moins nettement conscient d'abattement, d'impuissance et conséquemment de tristesse et d'angoisse. Ce trouble de l'affectivité a pour corollaires la paresse de l'intelligence, l'inertie partielle ou complète de la volonté, la lenteur des mouvements. Les troubles accessoires résultent du travail subconscient auquel se livre l'esprit du malade pour interpréter les modifications de l'affectivité ; ils consistent en *idées fausses* (conceptions délirantes) d'indignité, de culpabilité ou de ruine, plus rarement en idées hypochondriaques.

La mélancolie, envisagée au point de vue de la psychologie pathologique, est donc une affection de la sensibilité morale ; elle ne devient que secondairement une maladie de l'intelligence.

Cela suffit à la différencier de certains états lypémaniaques qui résultent d'un désordre primitivement intellectuel ou psycho-sensoriel et qui ont été longtemps et indûment confondus avec elle : tels sont, par exemple, les états de tristesse et d'angoisse, passagers ou durables, consécutifs aux hallucinations de l'alcoolisme ou de l'hystérie, aux idées délirantes de persécution, de damnation, ou hypochondriaques qui se développent d'emblée chez les dégénérés. Dans ces cas la lypémanie est secondaire, non primitive ; le côté affectif de l'être n'est touché que consécutivement ; on a affaire à un *délire mélancolique*, non à la *mélancolie* proprement dite.

D'autre part, l'état mélancolique caractérisé par un trouble émotionnel primitif, indépendant de toute idée délirante ou de tout trouble psycho-sensoriel, peut s'observer comme manifestation symptomatique au cours de dif-

férentes affections, affections du système nerveux (folie périodique, paralysie générale), de la nutrition (diabète), du foie ou du cœur. Ces *états mélancoliques secondaires* ne doivent pas être confondus avec la mélancolie primitive ou idiopathique. Celle-ci, quand sa pathogénie sera mieux élucidée, prendra peut-être place à son tour parmi eux. Mais jusqu'à nouvel ordre il y a lieu de la décrire comme une psycho-névrose autonome, à l'exemple d'ailleurs de la plupart des auteurs français ou étrangers [1].

Historique. — Le mot *mélancolie* figure depuis la plus haute antiquité dans le vocabulaire médical. Les anciens en le créant avaient cherché à exprimer les idées humorales dont ils étaient pénétrés : pour eux, la mélancolie était due à la bile noire (μελας, noir, χολη, bile) (Hippocrate [2]). L'expression fit fortune et aussi, avec des vicissitudes diverses et des modifications suivant les époques, l'idée qu'elle traduisait. On a continué en effet jusqu'à nous, tant l'explication semblait plausible, à rapporter l'affection à une intoxication par les humeurs viciées de l'économie. L'humorisme ancien s'est amendé, élargi ; mais il a persisté ou du moins il a reparu, après la période du moyen âge où les mélancoliques, comme les autres névropathes, ont été tenus pour des possédés du démon. Vieussens [3], au XVIIe siècle, proclamait que la mélancolie résulte d'une « altération atrabilaire du sang dont les parties biliaires, sulfureuses, qui y dominent, changent le tempérament du cerveau ». Flemyng [4] l'attribuait à l'action néfaste, sur un cerveau anormal, d'un sang vicié par le fait d'un trouble des fonctions digestives; Schacht, « au sang huileux, salin, terrestre » ; tout près de nous, Lorry [5], « à l'action des humeurs impures sur les agents de l'innervation ». Aujourd'hui nous ne disons guère autre chose quand nous parlons, comme on le verra, d'auto-intoxication.

Si le nom et l'interprétation de la mélancolie sont anciens, il en est de même de sa description clinique, au moins dans ses traits les plus apparents. On a vu qu'Arétée en avait tracé une peinture assez exacte, qui s'est transmise jusqu'à nous, complétée par les retouches qu'y ont faites les auteurs plus modernes, Willis notamment.

Mais le mot mélancolie à la fin du XVIIIe siècle en était arrivé à avoir une double signification : la mélancolie, c'était l'opposé de la manie ; or, comme ce qui avait frappé surtout dans la manie c'était le caractère général du délire, on en était venu à se servir de l'expression mélancolie pour désigner non seulement les délires tristes, mais tous les délires partiels, tristes ou gais : c'était une faute, et la confusion devait s'ensuivre. Esquirol le comprit ; aussi, quand il entreprit la description, qu'il nous a laissée, de certains dé-

[1] Les principaux éléments de cet article ont été empruntés à l'article Mélancolie rédigé par l'un de nous, dans le *Traité de médecine* de Charcot, Bouchard et Brissaud. Masson, éditeur.

[2] Hippocrate. *Œuvres complètes.* Tr. fr. Ed. Littré, 1839 à 1853.

[3] Vieussens. *Œuv. compl.*, t. III.

[4] Flemyng. *Névropathie*, etc., in-8°, 1738.

[5] Lorry. *De melancholià et morbis melancholicis.* 2 vol., 1765.

lires partiels, il jugea nécessaire (c'était alors une nécessité) de rayer de la nomenclature un mot qui prêtait à double sens. Il désigna les délires partiels sous le nom de *monomanies* et le délire triste sous celui de *lypémanie*, qu'il proposa de substituer au mot *mélancolie*. Cette dénomination, bien qu'elle ait été admise par divers auteurs (Dagonet, Foville), n'a pas prévalu ; d'une façon générale, on tend actuellement à revenir à l'expression ancienne. Aussi bien n'a-t-on plus à redouter la même confusion qu'au temps d'Esquirol. On sait aujourd'hui, et Baillarger a, l'un des premiers, appelé l'attention sur ce point, que dans la mélancolie le trouble cérébral n'est pas moins général que dans la manie ; d'autre part, les monomanies ont été assez bien étudiées et suffisamment classées dans les groupes spéciaux qui leur conviennent, pour que, tout au moins, on n'ait plus à craindre qu'elles soient systématiquement confondues avec les délires tristes dont la dépression morale et intellectuelle constitue l'élément primordial. Il ne nous semble donc pas qu'il y ait un inconvénient quelconque à revenir, comme le font la plupart des auteurs, surtout à l'étranger, à la dénomination traditionnelle.

Tandis qu'on s'attachait chez nous à séparer nettement, même au prix d'un néologisme, la mélancolie des délires partiels, on commettait une faute inverse : on englobait indûment dans la lypémanie des états qu'Esquirol en avait distingués avec soin et qui, sous le nom de démence *aiguë*, de *confusion mentale*, de stupidité, continuaient justement à en être séparés à l'étranger. Heureusement la réaction s'est produite : on verra plus loin (art. Confusion mentale) en quoi la démence aiguë diffère de la lypémanie et quels sont les travaux les plus récents qui ont concouru à rétablir entre deux syndromes très distincts une séparation qu'on avait eu tort de laisser s'effacer.

Il convient de remarquer que la nosographie de la mélancolie a indirectement bénéficié des travaux qui depuis le commencement du XIX[e] siècle ont éclairé certains coins obscurs de la pathologie mentale. C'est ainsi que la description des formes dépressives de la paralysie générale et celle de la folie intermittente ont permis d'isoler la mélancolie idiopathique des états mélancoliques symptomatiques ; que la découverte du délire de persécution par Lasègue, en 1852, a rendu possible le déblaiement du champ de la lypémanie, dont on a pu éliminer des états morbides qui y avaient été indûment placés.

Tandis que tous ces travaux se poursuivaient, on pénétrait plus intimement la psychologie pathologique de la mélancolie : Guislain et Griesinger faisaient ressortir la part prépondérante qui revient, dans sa constitution et sa genèse, aux troubles affectifs.

Rappelons enfin que Cotard, par ses études sur le délire des négations, jetait un jour nouveau sur un mode d'évolution particulier des mélancolies qui passent à l'état chronique.

Symptômes. — Prodromes. Début. — La mélancolie peut débuter brusquement à la suite d'une vive émotion, ou sous l'influence d'un chagrin violent et subit ; mais ce n'est pas le cas habituel. Le plus souvent elle ne

succède qu'après un intervalle plus ou moins long à la cause morale qui fréquemment la détermine, et dans ces conditions il n'est pas toujours aisé de préciser l'instant où l'état vraiment pathologique commence et prend la place de la tristesse physiologique. Assez communément on constate plus ou moins longtemps à l'avance des symptômes prémonitoires ; le sujet devient plus impressionnable, il s'affecte plus aisément, il présente une disposition fâcheuse à souffrir de tout. Quand le phénomène s'accuse, on voit se dessiner avec plus de netteté la tendance à une tristesse invincible et à une dépression intellectuelle profonde. En même temps il y a de la céphalalgie, ordinairement plus tenace que vive, une insomnie opiniâtre ; la nutrition se fait mal ; la langue est saburrale, les digestions sont défectueuses ; les malades maigrissent. Ces divers troubles, assez légers au début pour qu'ils soient à peine remarqués, qui font penser plus tard à un simple malaise sans importance, finissent par en imposer pour ce qu'ils sont, c'est-à-dire pour les manifestations d'une maladie sérieuse.

Physionomie générale du mélancolique. — La physionomie du mélancolique est des plus caractéristiques et elle permet souvent de porter de prime abord le diagnostic de l'affection. Elle exprime à la fois la douleur morale, l'angoisse et la dépression dont le malade est atteint. Le mélancolique se tient à l'écart dans l'attitude passive d'un résigné ; si on le prie de s'approcher, il hésite, il est surpris qu'on le conduise au médecin ou que celui-ci lui adresse la parole, car il est un malheureux, et non pas un malade. Il parle peu et à voix basse, ne répondant qu'avec lenteur et difficulté, quand il répond, aux questions qu'on lui adresse. Quelquefois son mutisme est absolu, son immobilité complète ; le regard semble retenu par une vision terrifiante, c'est alors l'attitude et l'expression de la stupeur. Dans d'autres cas il est au contraire agité, il déambule de long en large, parle sans qu'on l'y provoque, mais son agitation est celle d'un malade qui souffre, sa déambulation incessante est provoquée par ses angoisses, son discours remarquablement monotone est une incessante répétition des mêmes doléances, des mêmes plaintes, des mêmes regrets : il a mal agi, il est ruiné ou damné, tout est fini pour lui,



Fig. 18. — Mélancolique (collection G. Ballet).

il n'a plus qu'à disparaître et il y songe. Simple déprimé, stupide ou anxieux, le mélancolique est au fond toujours le même malade, un malheureux qui s'accuse et qu'obsède la plus pénible des douleurs morales.

Sans aller plus au fond, ces traits superficiels suffisent à le caractériser. Ils le différencient nettement du maniaque auquel on l'oppose avec raison et qui, constamment excité, loquace à l'excès, agité dans ses mouvements, est aussi distinct que possible du mélancolique déprimé. Entre ce maniaque et le mélancolique anxieux on pourrait trouver à la vérité une vague ressemblance : mais si tous les deux présentent de l'agitation, celle du lypémaniaque anxieux est plus uniforme et plus contenue ; d'autre part, la mobilité des sentiments, la variabilité des idées chez le maniaque font un contraste frappant avec le langage du mélancolique, monotone même quand il est verbeux, et exprimant d'une façon continuelle les mêmes idées tristes et les mêmes préoccupations obsédantes.



Fig. 19. — Malade de la figure 18 après la guérison.

Description des symptômes. — I. Trouble fondamental. *Douleur morale, sentiment de tristesse et d'impuissance.* — Le trouble fondamental dans la mélancolie est, comme nous l'avons dit, d'ordre affectif ; c'est une modification de la cénesthésie qui se traduit par un *sentiment de douleur morale* intense, d'invincible *tristesse* et d'*impuissance* marquée. Les sensations internes chez le mélancolique semblent incapables d'éveiller les divers états émotifs : de là une sorte de *dégoût* général, d'*indifférence* pour les personnes et les choses : le malade « n'aime plus les siens, n'a plus d'affection pour ses enfants », et il s'en afflige. En même temps les perceptions sensorielles (vision, audition) sont modifiées : le lypémaniaque se plaint de ne plus voir le monde qui l'entoure comme autrefois ; il distingue bien les objets, leur forme, leur couleur, mais il lui semble que tout cela a changé d'aspect. La représentation du monde extérieur se fait avec non moins de difficulté que la perception des impressions du moment. Cotard[1] a montré que certains mélancoliques avaient perdu la *vision mentale.* On sait que cette faculté consiste à se représenter mentalement les impressions visuelles antérieurement perçues : très développée chez certains individus (les peintres notamment, et en général les gens dits visuels)[2], elle l'est moins chez certains autres. A l'état patholo-

[1] Cotard. *Arch. de neurologie,* mai 1884.

[2] Voir pour plus de détails sur ce point : G. Ballet, *le Langage intérieur et les formes cliniques de l'aphasie.* Alcan, 2e éd., Paris, 1886.

gique, dans l'excitation maniaque notamment, chez certains hallucinés, comme l'un de nous l'a fait voir, elle peut être remarquablement exaltée. Au contraire il est des cas où elle est altérée ou même abolie : Charcot a observé un fait remarquable de cet ordre. Or, dans la mélancolie pareille particularité s'observe souvent. Cotard s'est même demandé s'il ne fallait pas rattacher à un diminutif de ce symptôme les troubles accusés par certains mélancoliques simples qui se plaignent de ne plus voir les objets que confusément, de ne plus les reconnaître, et qui se sentent séparés comme par un voile de la réalité objective. Cette interprétation n'a rien d'inadmissible. En revanche, nous ne saurions partager l'opinion de l'auteur lorsqu'il incline à penser que l'altération des sentiments affectifs dans la mélancolie pourrait bien se rattacher au trouble de la vision mentale. Cette altération relève, suivant nous, de celle de la cœnesthésie, c'est-à-dire de la sensibilité interne, et non de l'altération de la sensibilité externe.

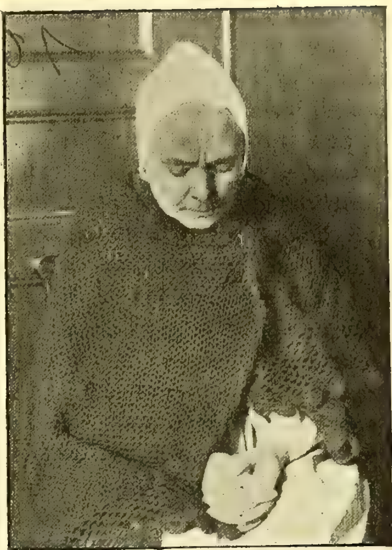


Fig. 20. — Mélancolique (collection G. Ballet).

La douleur morale du mélancolique s'associe à peu près constamment à un *ralentissement des processus psychiques* dont les troubles de la sensibilité, interne ou externe, que nous venons de signaler, constituent déjà une manifestation. Ses idées s'enchaînent avec moins de facilité ; la mémoire, quoique conservée, est moins vive et moins rapide, l'attention est difficile, et l'équation personnelle, c'est-à-dire la durée du temps qui sépare une impression sensorielle de la réaction à cette impression, est augmentée (Obersteiner [1],



Fig. 21. — Mélancolie. Oméga mélancolique (d'après Kirchoff).

[1] Obersteiner. *Virchow's Archiv.* B. IX, Heft 3 et 4.

Buccola [1], Bevan-Lewis). Enfin la volonté est défaillante et l'*aboulie* toujours plus ou moins accusée, quelquefois à un degré extrême : les malades ont une difficulté très grande à se décider et à vouloir ; le moindre acte les trouve hésitants, indécis.

Les troubles affectifs, intellectuels et volitionnels, dont nous venons de parler, ont pour conséquence habituelle et immédiate un ensemble de troubles fonctionnels et de modifications de l'attitude du corps et de l'expression de la physionomie qui tiennent la première place parmi les signes objectifs de l'affection.

La tristesse maladive s'accompagne d'une série de symptômes analogues à ceux qu'on rencontre atténués dans les états de tristesse physiologique : la *lourdeur* de la tête, l'*insomnie*, qui est habituelle et souvent très rebelle, l'*anorexie*, qu'on observe communément dès le début, peuvent dans une certaine mesure lui être rapportées. Sous son influence, la physionomie revêt une expression très typique : les *traits du visage* reflètent en effet la douleur intérieure qui accable les malades ; ils sont fixes et immobiles. La tête est penchée; les yeux, recouverts par les paupières supérieures, sont baissés vers la terre (fig. 20). D'autres fois les muscles sont dans un état de tension convulsive et contractés d'une façon permanente. Les sourcils sont froncés et, comme on peut le voir sur la figure 21, les plis formés à la racine du nez par la contraction des muscles du front rappellent vaguement la figure d'un oméga grec. On leur a donné le nom d'*oméga mélancolique* (Schüle).

L'attitude est en rapport avec la physionomie : elle est comme affaissée. Les malades parlent peu, à voix basse; on est pour ainsi dire obligé de leur arracher les réponses aux questions qu'on leur adresse. Il en est, et le cas n'est pas rare, qui ne profèrent aucune parole, et s'enferment dans un mutisme absolu. Par contre, certains mélancoliques anxieux sont plutôt agités : ils se plaignent et se lamentent d'une façon continuelle, ils font part à tout venant de leur souffrance et de leurs angoisses ; ils sont agités, poussent des cris, font des gestes de désespoir. Chez les premiers la douleur est concentrée, intérieure, chez les autres elle est communicative et expansive.

Le sentiment d'*impuissance*, qui est corrélatif du sentiment de tristesse, s'accuse dans tous les mouvements. Ceux-ci, en effet, s'exécutent avec une excessive lenteur; le malade a peine à contracter ses muscles et à mouvoir ses membres, qui sont alourdis; la marche est hésitante, les pieds semblent se détacher difficilement du sol. L'effort expiratoire nécessaire à la parole semble au-dessus des forces du malade, dont la voix, nous l'avons dit, est sourde, basse, quelquefois éteinte, la parole hésitante, monotone, rare et laborieuse (*bradifrasie* et *bradilalie* de Kussmaul). La langue est tremblotante (*tremblement gélaniteux* de Parant [2]).

On conçoit que sous l'influence d'un pareil état mental, les actes les plus

[1] Buccola. *Rivista sperimentale di freniatr.*, 1881

[2] Parant. Congrès de Nancy, août 1896.

élémentaires de la vie courante deviennent pénibles et difficiles. Aussi les malades se négligent-ils ; ils n'ont plus aucun souci de leur personne ; il faut les stimuler pour qu'ils se nettoient, se vêtent ; abandonnés à eux-mêmes, ils ont de la tendance à s'immobiliser sur un lit ou sur un fauteuil.

Comme dans les états d'adynamie, le phénomène du myoïdème obtenu par le pincement du biceps brachial est plus accusé chez les mélancoliques qu'à l'état normal (Ch. Vallon et Wahl [1]).

Les *réflexes* sont faibles; le réflexe rotulien peut s'exagérer au début pour disparaître ensuite (Anglade). D'après Athanassio [2], les réflexes pupillaires ont les caractères opposés de ceux qu'ils revêtent dans le tabes ; le réflexe accommodateur est aboli et le réflexe lumineux conservé.

2. Conceptions délirantes. — Les troubles dont nous venons de parler sont les phénomènes psychiques fondamentaux de tout état mélancolique. On les rencontre toujours plus ou moins accusés, et ils peuvent constituer à eux seuls tout le désordre mental.

Mais, dans la majorité des cas, ils se compliquent de conceptions délirantes. Celles-ci sont le résultat d'une tentative d'explication que fait inconsciemment le malade pour légitimer le sentiment pénible qu'il éprouve. Quant à leur nature, elles sont de trois ordres : 1° idées de *culpabilité;* 2° idées de *ruine;* 3° idées *hypochondriaques*, qui d'habitude sont isolées et constituent un véritable délire partiel, mais qui peuvent aussi, dans certains cas de mélancolie anxieuse notamment, s'associer entre elles et réaliser une sorte de délire général.

Les malades se reprochent de négliger leurs affaires, le soin de leur maison, de laisser péricliter leur fortune et celle de leurs enfants; de ne plus aimer leur famille, d'en compromettre les intérêts ou l'honneur; ils s'accusent d'avoir manqué à leurs devoirs religieux, d'avoir commis des sacrilèges, de s'être rendus coupables de fautes impardonnables ou de crimes odieux : ils se jugent indignes, se croient grands pécheurs; Dieu ne peut leur pardonner, ils sont voués à la damnation et à l'enfer; on va les juger, les condamner, les conduire au supplice.

D'autres s'imaginent être ruinés : ils n'ont plus de ressources, vont manquer de vêtements et de pain; leur famille va être réduite à la dernière misère.

Dans des cas plus rares, ce sont les idées hypochondriaques qui dominent la scène. Le mélancolique se plaint de ne pouvoir avaler, il a un corps étranger arrêté dans le pharynx, son estomac est plein et ne peut plus digérer les aliments ni même les recevoir; il se plaint de palpitations pénibles, accuse une maladie de cœur ou redoute l'apoplexie; sa figure est pétrifiée, ses yeux lui sortent de la tête; il a des brûlures des voies urinaires, des craquements

[1] Ch. Vallon et Wahl. *Arch. de neurol.*, mai 1900.

[2] Alex. Athanassio. L'œil des mélancoliques. *Arch. de neurol.*, 1899, p. 358.

anormaux dans les jointures, des gonflements du corps : il est condamné, il va mourir.

Les idées de *persécution* sont étrangères à la symptomatologie de la mélancolie. Il arrive bien dans quelques cas que les malades attribuent au monde extérieur les malaises et les calamités dont ils pâtissent, mais, comme l'ont fait remarquer Schüle et après lui Séglas, si le mélancolique souffre par les autres, c'est qu'il s'est livré lui-même ; si on lui veut du mal, c'est qu'il est un misérable. C'est un persécuté sans doute, mais un persécuté qui s'accuse lui-même avant d'accuser les autres. Il se rapproche ainsi de certains persécutés dégénérés à malformations des organes génitaux ou à habitudes vicieuses que nous avons décrits naguère sous le nom de *persécutés auto-accusateurs* et dont il sera question plus loin.

Quelle que soit d'ailleurs la nature des conceptions délirantes, elles affectent des caractères qui sont communs à toutes et que Séglas a particulièrement bien mis en relief : *a*) Le délire est toujours *secondaire*. Il suit le trouble émotionnel : il en constitue une explication délirante. *b*) Il est *pénible* et *monotone*. *c*) Il est *humble*. Le malade s'accuse toujours lui-même, même, comme nous venons de le voir précédemment, quand il va jusqu'à accuser les autres. *d*) Le mélancolique est toujours un *passif* et un *résigné*. *e*) L'explication qu'il donne de ses conceptions fausses est *rétrospective*. Il attribuera par exemple sa pénible situation à une communion mal faite, à l'âge de douze ans. *f*) Le délire enfin est un délire d'*attente* au point de vue des conséquences : le lypémaniaque vit dans l'appréhension d'un malheur à venir; il sera maudit; on va le tuer. Comme l'a justement dit Lasègue, tandis que le persécuté est un condamné, le mélancolique est un prévenu.



Fig. 22. — Mélancolique avec stupeur catatonique (collection de G. Ballet).

3. Troubles de la sensibilité. *Illusions et hallucinations.* — La sensibilité est fréquemment troublée dans la mélancolie. L'*analgésie* plus ou moins complète est assez commune; souvent on peut pincer, piquer les malades, sans qu'ils accusent la moindre douleur. Cette analgésie explique les auto-mutilations qui sont relativement fréquentes. La sensibilité des muqueuses peut être émoussée comme celle de la peau et l'on voit certains malades absorber des corps étrangers anguleux et irritants sans éprouver de sensation pénible. Chez quelques-uns il y a de l'anesthésie musculaire qui leur permet de maintenir sans lassitude ni fatigue leurs membres dans des attitudes bizarres et forcées. Ces états *catatoniques* peuvent être très accusés, et

dans ces cas le pronostic de l'affection est plus grave que dans ceux où la catatonie fait défaut (Peterson et Langdon [1]) (fig. 22).

Parfois c'est au contraire de l'hyperesthésie que l'on observe : les impressions extérieures sont pénibles ou douloureuses, ou bien il y a des névralgies, particulièrement dans le domaine des nerfs intercostaux, du trijumeau et de l'occipital. C'est à des phénomènes de cette nature, dont le point de départ réside dans les divers viscères (l'utérus, l'abdomen, le cœur, le pharynx), que doivent être vraisemblablement rattachées certaines idées hypochondriaques, celles des malades qui se plaignent par exemple d'avoir un serpent dans le ventre, des êtres vivants dans la tête, des ressorts dans l'intestin.

Les *illusions* ne sont pas rares dans les formes accusées de la mélancolie : du moins les diverses impressions sensorielles éveillent aisément des idées qui sont en relation avec les dispositions mentales du sujet. Un bruit banal, un cri, un coup de sifflet, sont interprétés dans le sens du délire : c'est le signal du supplice qui s'apprête, c'est le bruit d'un échafaud qu'on dresse, ce sont les cris des enfants ou des parents qu'on égorge. Il en est de même des paroles entendues : elles expriment le mépris, l'insulte, la menace. On ne saurait dire avec précision s'il faut considérer comme de véritables hallucinations ou de simples illusions les fausses sensations gustatives et olfactives qu'on a souvent l'occasion d'observer : les malades se plaignent d'avoir à la bouche le goût de substances toxiques, ils disent sentir des odeurs de soufre et de cadavre. La même hésitation existe en ce qui concerne les sensations visuelles ; les hallucinations de cet ordre, si hallucinations [2] il y a, sont très élémentaires : il s'agit de formes vagues, de traits de feu qui traversent l'obscurité, d'images fantastiques. Dans quelques cas elles se précisent : les mélancoliques voient des animaux effrayants, des diables noirs. Il n'est pas rare de constater cette variété de phénomènes psycho-moteurs qu'on désigne sous le nom d'impulsions verbales et qui deviennent la source de vraies hallucinations (hallucinations *verbales* ou *psycho-motrices*). Quelques auteurs (Séglas) considèrent les hallucinations psycho-motrices comme beaucoup plus communes que les auditives; on sait en quoi elles consistent : à l'état normal, quand nous pensons, nous *parlons* plus ou moins mentalement notre pensée ; si cette parole mentale devient plus vive, elle s'extériorise et s'accompagne de mouvements de la langue et des lèvres. C'est un phénomène qu'on observe couramment dans la mélancolie, où la conversation mentale est chose commune. Les malades parlent malgré eux et « disent des choses qu'ils ne voudraient pas dire ». Ils se trouvent ainsi naturellement conduits à admettre qu'on parle par leur bouche, qu'on leur emprunte leur pensée. « Je sens, dit un mélancolique observé par l'un de nous, la voix d'un prêtre qui part de ma poitrine, arrive à ma bouche et s'exprime avec ma langue qui se meut sans mon intervention. Non seulement ce prêtre parle par ma bouche, mais encore il pense

[1] Peterson et Langdon. Procès-verbaux de l'association médico-psychol. américaine. An. in *Rev. neurol.*, 1899, p. 296,

[2] Revertegat. Contribution à l'étude clinique des hallucinations dans la mélancolie. *Thèse de Paris*, décembre 1893.

avec mon cerveau. Je sens que je lui ai cédé la place et ce que je vous dis ne vient pas de moi. » (Anglade.) Leur conviction mène les malades par une pente naturelle à l'idée de possession, particulièrement de possession diabolique qui est commune dans certaines formes de la mélancolie (mélancolie anxieuse).

4. Actes. — Nous avons vu que l'attitude des mélancoliques est celle des résignés ou des plaignants : en général, les malades de cet ordre ne sont point dangereux pour les autres. On en cite qui ont commis des homicides dans le but d'aller expier sur l'échafaud leurs fautes imaginaires ; ces faits ne sont heureusement que de curieuses et rares exceptions ; on parle aussi de lypémaniaques religieux sacrifiant par exemple leur enfant pour lui procurer le ciel ; mais il ne nous semble pas démontré que ces faits se rapportent à de vrais mélancoliques. En revanche, les malades sont dangereux pour eux-mêmes et doivent être soumis à une surveillance rigoureuse et continue.

Il est fréquent de les voir refuser les aliments. S'ils s'obstinent à ne pas manger, c'est qu'ils se croient ruinés, incapables de payer leur nourriture, ou qu'ils se jugent indignes et pensent mériter la mort ; plus rarement ils paraissent obéir à des craintes d'empoisonnement. Tantôt ils sont simplement indifférents en face de leur repas et attendent pour le prendre qu'on les pousse à le faire, d'autres fois ils opposent aux sollicitations une résistance opiniâtre, n'acceptent que quelques mets grossiers, la soupe, le pain, ou même refusent tous les aliments, qu'on est alors obligé de leur administrer avec la sonde. Quelques-uns se précipitent sur leurs matières fécales et les absorbent avec avidité; cette *coprophagie* est plus souvent le résultat des idées délirantes que d'une simple perversion du goût. Elle s'explique tantôt par le désir qu'a le malade de faire pénitence et d'expier ses fautes, tantôt par cette idée qu'il espère récupérer ainsi des forces que la défécation lui enlève, ou parce qu'il craint de s'exposer à de grands malheurs en ne faisant pas disparaître ses matières.

La tendance aux auto-mutilations et au suicide est presque de règle chez les mélancoliques, qui fournissent les 6/10 des cas de mort volontaire observés chez les aliénés (Morselli)[1]. Ils s'y laissent aller par une sorte d'impulsion irréfléchie ; dans d'autres cas l'acte semble raisonné et voulu. Ils essayent alors de se jeter par la fenêtre, de s'étrangler, plus rarement de s'empoisonner ou de se blesser avec une arme à feu ou un instrument tranchant. Ce n'est pas seulement pendant la période d'acuité de la maladie que le suicide est à redouter ; même quand le malade va mieux et semble en convalescence, il ne doit pas être perdu de vue : un retour inopiné des idées tristes ou des impulsions maladives peut faire surgir le péril à nouveau au moment où l'on s'y attend le moins. Il n'y a de sécurité que lorsque la guérison est complète.

[1] Morselli. Il suicidio. Saggio di statistica morale comparata. *Bibl. scient. intern.* Milan, 1879, et *Giorn. R. societa d'Igiene,* 1883. — Voir aussi : Nicoulau. Tanatophobie et suicide. *Ann. méd. psych.*, XV, 1892.

5. État physique. Troubles organiques. — Les *fonctions digestives* sont constamment troublées chez les mélancoliques. Les lèvres et les gencives sont quelquefois sèches et fuligineuses ; la *langue* est ordinairement blanche, pâteuse, chargée d'un enduit saburral ; la salive est rare, épaisse et visqueuse ; l'haleine est forte, fétide. Ces symptômes dénotent que l'estomac et l'intestin fonctionnent d'une façon défectueuse. Les recherches faites dans le but de déterminer directement l'état de la sécrétion gastrique n'ont encore, à la vérité, abouti qu'à des résultats contradictoires : Von Norden [1] et Pachoud [2] ont constaté l'hyperacidité due à l'acide chlorhydrique libre, tandis que Leubuscher [3] et Ziehen [4] ont noté tantôt l'hypo, tantôt l'hyperacidité. Plus récemment, Pio Galante [5], Orliac [6], ont observé l'hyperacidité.

La *constipation* est de règle dans la mélancolie, constipation tenace et opiniâtre, qui résiste souvent aux purgatifs énergiques. Elle paraît dépendre de plusieurs causes : l'atonie des parois de l'intestin, la diminution des sécrétions intestinales. Elle est accrue quelquefois par les idées délirantes des malades qui résistent au besoin de défécation dans la crainte, en s'y abandonnant, de commettre une faute.

Du côté de l'appareil *circulatoire*, on note aussi chez les mélancoliques, des phénomènes anormaux. La tension artérielle est plus faible [7], le pouls est ralenti (Griesinger), dans la stupeur surtout, où le pouls capillaire devient nul. Aussi les extrémités sont froides, cyanosées ; la température s'abaisse. Les troubles de l'innervation vaso-motrice aidant, l'œdème apparaît : œdème simple ou œdème rouge [8]. On peut constater en outre divers vices de nutrition, des escharres, des troubles trophiques, des dermatoses, du vitiligo. Les modifications de la circulation cutanée expliquent l'augmentation de la résistance électrique, notée par Vigouroux [9] et Seglas [10]. La peau moins irriguée se laisse moins aisément traverser par le courant.

Le *sang* a été jusqu'à présent insuffisamment étudié. Vieussens, il y a longtemps, affirmait sa nature atrabilaire ; Johnson Smith [11], Winckler [12],

[1] Carl von Norden. Digestion stomacale chez les aliénés (*Archiv. f. Psych.*, 1887).

[2] Pachoud. *De la sécrétion gastrique chez les aliénés.* Lausanne, 1888.

[3] Leubuscher. Recherches cliniques sur l'excrétion des acides dans les affections nerveuses et mentales (*Neurol. Centralbl.*, 1891).

[4] Leubuscher et Ziehen. Variations de la quantité d'acide chlorhydrique stomacal dans les psychoses (*Neurol. Centralbl.*, 1892, n° 30).

[5] Pio Galante. Il chimisco gastrico nella malinconia. *Annali di neurologia*, an. XVI, fasc. I, p. 28, janvier 1898. An. in *Rev. neur.*, 1898, n° 15, p. 545.

[6] Orliac. Le chimisme gastrique chez les aliénés. *Thèse de Toulouse*, 1899.

[7] Toulouse et Roubinovitch. *La mélancolie*, p. 87. Masson, éd., 1897.

[8] Manheimer. Un cas d'œdème des mains chez un mélancolique. *Tribune médicale*. 1896, n° 35.

[9] Vigouroux. *Th. de Paris*, 1890.

[10] Séglas. *Société médico-psycholog.* (Juillet 1890).

[11] Johnson Smith. An Inquiry into the Blood and Urine of the Insane (*The journal of Mental science*, october 1890).

[12] Paul Winckler. Examen du sang chez les aliénés (*Neurol. Centralblatt.*, 1891, et *Centralb. f. Nerv. und Psych.*, 1891.

Agostini [1], Whitmore Steele [2], Vorsler [3], ont constaté la diminution des globules rouges et de l'hémoglobine. D'après Seppili, l'hémoglobine diminue dès la période initiale de l'affection et se maintient à un chiffre inférieur pendant toute sa durée, particulièrement chez la femme et dans les formes avec stupeur. Au dire de d'Abundo [4], dont les recherches méritent confirmation, la toxicité du sang et son pouvoir bactéricide seraient diminués.

La *respiration*, sauf dans les paroxysmes d'angoisse où elle devient irrégulière, ample et quelquefois rapide, est ralentie et superficielle. C'est surtout dans la lypémanie avec stupeur que ces caractères s'accusent. Marcé a montré que, dans ce cas, l'inspiration était en outre saccadée et composée d'une série de petites inspirations successives.

Les *urines* sont, en général, rares et chargées. Leur quantité peut s'abaisser à 100 centimètres cubes (Krafft-Ebing [5]); leur poids spécifique serait d'ordinaire accru (Rabow [6]), quelquefois diminué (Lombroso). Les recherches expérimentales faites en vue d'établir le degré de leur toxicité sont, pour la plupart, concordantes, et tendent à prouver qu'elles sont notablement plus toxiques que des urines normales (Chevalier-Lavaure [7], Bettencourt-Rodrigues [8], Raphaël Dubois et Weil [9], de Bœck et Slosse [10], Brugia [11], Mairet et Bosc [12], G. Ballet et Roubinovitch [13]). Cette hypertoxicité peut être pour une part, mais pour une part seulement, attribuée aux leucomaïnes que l'analyse chimique décèle dans les urines de certains lypémaniaques. En effet, on rencontre dans quelques-unes de ces dernières des alcaloïdes très toxiques (G. Ballet et Bordas [14]), mais d'autres ne renferment que des alcaloïdes indifférents. Il faut donc incriminer d'autres éléments que les leucomaïnes pour expliquer la toxicité constamment accrue, à ce qu'il semble, des urines des mélancoliques. Sur ce point, de nouvelles études sont à faire. Rien n'autorise à mettre en

[1] Agostini. Isotonie du sang chez les aliénés. *Riv. sperim. di freniatria e di medicina legale*, t. XVIII, fasc. 3 et 4, 1892.

[2] Whitmore Steele. Le sang dans la mélancolie et l'effet du traitement tonique systématique. *Amer. journ. of insanity*, avril 1893, p. 604.

[3] Vorsler. *Allg. Zeits. f. Psych.*, LI, 1894.

[4] Giuseppe d'Abundo. Sur l'action bactéricide et toxique du sang des aliénés ; recherches cliniques, bactériologiques, expérimentales. *Riv. sperim. di freniatria e di med. legale*, 1892.

[5] Krafft-Ebing. *Traité clinique de Psychiatrie*, trad. franc., 1897, p. 159.

[6] Rabow. *Arch. für Psych.*, VII, 1.

[7] Chevalier-Lavaure. Des auto-intoxications dans les maladies ment. *Th. de Bordeaux*, 1890.

[8] Bettencourt-Rodrigues. De l'influence des phénomènes d'auto-intoxication et de la dilatation de l'estomac dans l'étiologie des formes dépressives et mélancoliques. *Congrès intern. de méd. mentale*, Paris, 1889.

[9] R. Dubois et Weil. *Congrès de méd. ment. de Lyon*, 1891.

[10] De Bœck et Sloss. *Bullet. de méd. ment. de Belgique*, 1891, p. 428.

[11] Brugia. Tossicita delle urina nei pazzi. *Riforma medica*, sept. 1892.

[12] Mairet et Bosc. *Recherches sur la toxicité de l'urine normale et pathol.*, 1890.

[13] G. Ballet et Roubinovitch. *Congrès de la Rochelle*, 1893, p. 308.

[14] G. Ballet et Bordas. *Congrès de la Rochelle*, 1893, p. 308.

cause l'albumine (Mabille, Turner[1], Koppen[2]), le sucre, l'acide oxalique, l'acétone que divers auteurs (Cadziacki, Adler, Marro, Christiani, etc.) ont rencontrés dans diverses formes de maladies mentales et incidemment dans la lypémanie[3]. Au reste, indépendamment des principes anormaux que décèle l'analyse chimique, on trouve les éléments normaux en proportions différentes des proportions physiologiques : Mairet a montré notamment qu'il y a augmentation notable du chiffre des phosphates terreux, et par contre diminution de l'azote et des phosphates alcalins ; Mendel, Marro, Christiani, ont constaté la diminution de l'urée et du phosphore dans la lypémanie passive, leur augmentation dans la lypémanie avec agitation ; Rossi a signalé l'abaissement du chiffre de l'acide sulfurique dans toutes les psychoses dépressives. D'autres auteurs, Marzocchi, Mabille et Lallemand ont, au contraire, relevé l'augmentation de l'acide urique. Ces études, pour intéressantes qu'elles soient, demandent à être reprises avec la précaution de ne grouper ensemble, pour les comparer entre eux, que des cas cliniquement identiques. Au reste, il ne suffirait pas d'avoir élabli d'une façon irréfutable l'hypertoxicité des urines mélancoliques, et d'avoir déterminé la nature des agents toxiques : il faudrait encore préciser l'origine de ces derniers de façon à savoir s'ils sont causes ou effets du trouble mental. Sur ce point, presque tout est à faire. Nous pensons toutefois que les éléments nocifs des urines lypémaniaques proviennent en grande partie des fermentations gastro-intestinales. Ces urines, en effet, semblent d'autant plus toxiques que les troubles digestifs sont plus accusés. Les heureux effets de l'antisepsie intestinale et du lavage de l'estomac, dont nous parlerons à propos du traitement, constituent un argument de plus en faveur de notre hypothèse.

La *sueur*, comme l'urine et la plupart des sécrétions, est diminuée, souvent même supprimée dans la mélancolie. De là la sécheresse de la peau, qui est rugueuse en même temps que les poils deviennent secs et cassants. La toxicité du liquide n'est pas accrue (Mavrojannis)[4].

Les *larmes* sont rares chez les mélancoliques. « Leurs yeux sont secs comme leur cœur. »

La *menstruation* est ordinairement supprimée ; quelquefois, au contraire, à l'époque de la ménopause, il y a des métrorrhagies abondantes, qui contribuent à aggraver les accidents en anémiant et débilitant les malades. Les *fonctions sexuelles* sont nulles ; les malades se livrent cependant quelquefois à l'onanisme d'une façon quasi impulsive ; mais le fait est plus rare que dans les états d'excitation maniaque.

[1] Turner. Album. chez les aliénés. *British med. Journ.*, 1885.

[2] Koppen. Albuminurie dans les psychoses. *Arch. für Psych.*, 1888.

Voir aussi Melville-Hubbard. De l'excrétion de l'urée et de l'acide urique dans la mélancolie. *Americ. Journ of insan.*, avril 1898.

[3] Vassale et Chiazzi (*Riv. sper. di frenatria*, 1892) signalent la présence fréquente dans les urines des mélancoliques de cylindres hyalins et granuleux.

[4] Mavrojannis. La toxicité de la sueur chez les épileptiques et les mélancoliques. *Revue de Psychiatrie,* juillet 1898.

Les troubles de la circulation et de la respiration, joints à l'inaction et à l'immobilité habituelle des malades, contrarient l'hématose, qui se fait d'une façon insuffisante. La nutrition est toujours défectueuse ; les malades maigrissent peu ou beaucoup. La température s'abaisse parfois de quelques dixièmes au-dessous de la normale. Elle est toujours plus basse dans la mélancolie avec stupeur que dans la mélancolie agitée (Maragliano, Seppili). Ce n'est que dans des cas exceptionnels et particulièrement graves que le trouble va jusqu'à la cachexie ; il peut alors se produire des pétéchies, des hémorrhagies sous-cutanées, des hématomes de l'oreille.

Serafino Arnaud [1] a récemment insisté sur les signes de sénilité précoce qu'on rencontre fréquemment chez les mélancoliques et qui, lorsqu'ils sont accusés, aggravent le pronostic de l'affection.

Formes. — Si tous les mélancoliques présentent un ensemble de symptômes qui leur sont communs et qui permettent de différencier ces malades des autres vésaniques, ils diffèrent cependant les uns des autres, soit par le degré de la dépression dont ils sont affectés, soit par la présence, l'absence ou la nature des idées délirantes qui se surajoutent à la dépression, soit enfin par certaines particularités de leur physionomie et de leurs modes de réaction contre les impressions douloureuses qu'ils éprouvent. Il n'est pas jusqu'à l'étiologie de la maladie ou l'âge variable des malades qui ne soient susceptibles de modifier dans une certaine mesure l'aspect, l'évolution et la gravité de l'affection. Aussi est-il nécessaire, après avoir mis en relief les manifestations qui sont communes à presque tous les cas, de grouper ceux-ci suivant leurs affinités et leurs dissemblances. Si l'on voulait tenir compte de tous les caractères différentiels, même d'importance secondaire, on serait conduit à multiplier outre mesure les variétés de la mélancolie. Il nous semble que dans une description didactique, il y a avantage à négliger les détails pour s'en tenir à l'indication des quelques formes qui résument les caractères les plus saillants des divers états mélancoliques.

Krafft-Ebing [2] divise les mélancolies en deux grands groupes : la mélancolie simple et la mélancolie avec stupeur, et il subdivise le premier de ces groupes en trois autres : mélancolie sans délire, mélancolie anxieuse, mélancolie délirante (avec idées religieuses ou idées hypochondriaques).

J. Falret [3] admet trois variétés principales : la mélancolie avec conscience, la mélancolie dépressive et avec stupeur, la mélancolie anxieuse. Au fond, il y a grande analogie entre ces deux classifications qui, bien que purement symptomatiques, groupent les formes de la lypémanie aussi naturellement qu'il nous semble possible de le faire en l'état actuel de nos connaissances.

La classification que nous suivrons est un compromis entre celles qui précèdent. Nous croyons qu'il y a lieu de décrire quatre formes principales de la

[1] Serafino Arnaud. *Rivista di patologia nerv. e mentale*, vol. IV, fasc. 8, p. 362, août 1899, an. in *Rev. neur.*, 1900, p. 884.

[2] Krafft-Ebing, *Lehrbuch der Psychiatrie, loc cit.*

[3] J. Falret. Soc. médico-psychol. in *Ann. médico-psychol.*, janv. 1890.

mélancolie : 1° la mélancolie simple ; 2° la mélancolie dépressive avec idées délirantes ; 3° la mélancolie avec stupeur ; 4° la mélancolie anxieuse.

1° *Mélancolie simple* (ou mélancolie avec conscience). — Cette forme s'observe rarement dans les asiles : on pourrait dire qu'elle est la mélancolie de la ville. Toute la symptomatologie se borne, dans cette variété, à la tristesse et à la dépression sans qu'il s'y ajoute aucune idée délirante au moins caractérisée. Les malades éprouvent une douleur morale vive ; ils ont une indifférence générale à l'égard des personnes et des choses, ne s'intéressent plus à rien, ne ressentent plus pour leurs proches l'affection d'autrefois ; ils sont inactifs, incapables de travail. Ils ont en outre des appréhensions vagues, appréhension de devenir fous ou de mourir, appréhension de perdre leurs parents ou d'être ruinés. Fréquemment, ils manifestent des regrets relatifs au passé et s'accusent de fautes réelles ou imaginaires ; ils se reprochent d'avoir fait mourir de chagrin ou faute de soins leur père ou leur mère, d'avoir trompé leur mari. Ces sentiments coexistent avec un état de lucidité parfaite : les malades se rendent parfaitement compte des changements survenus dans leur caractère et leur humeur, et ils en souffrent beaucoup ; comme l'a dit J. Falret, ce sont des *hypochondriaques au moral*. Ils ne délirent pas : tout au plus constate-t-on chez eux quelques vagues idées de ruine, de culpabilité, jointes aux préoccupations relatives à leur santé. Ils se plaignent continuellement, communiquent à tout venant leurs craintes et leur désespoir. Ils consultent volontiers le médecin, mais ne se laissent pas convaincre par les encouragements qu'on leur prodigue, bien différents en cela des neurasthéniques simples et de certains douteurs hypochondriaques que les affirmations rassurantes réconfortent au moins pour un temps. Ils ont des tendances au suicide et doivent être surveillés avec soin (fig. 23).

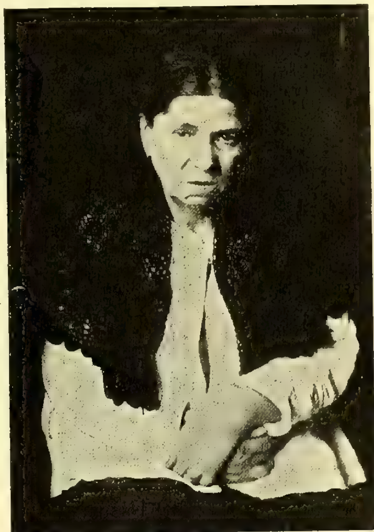


Fig. 23. — Mélancolie simple (collection de G. Ballet).

2° *Mélancolie dépressive avec idées délirantes.* — Avec ce groupe de mélancoliques, nous entrons à l'asile. La dépression est encore plus accusée que dans la mélancolie simple. De plus, on constate des idées délirantes dont l'intensité est telle que les mélancoliques de cette forme ont été assimilés aux monomaniaques à une époque où l'on n'attachait pas au trouble émotionnel l'importance capitale qu'il prend dans la série des phénomènes, et où l'on se préoccupait surtout des troubles intellectuels qui, nous l'avons montré, sont

secondaires et subordonnés. Les malades, ou bien s'imaginent être affectés de maladies graves, de lésions organiques indélébiles qui compromettent leur existence ; plus souvent ils s'accusent de fautes imaginaires : ils sont de grands coupables, indignes de commisération et de pitié, ils se croient ruinés et voient leur famille dans la pénurie et la misère. Dans cette variété, les hallucinations et surtout les illusions sont fréquentes : c'est ce groupe de malades que nous avons eu surtout en vue dans la description générale des symp-

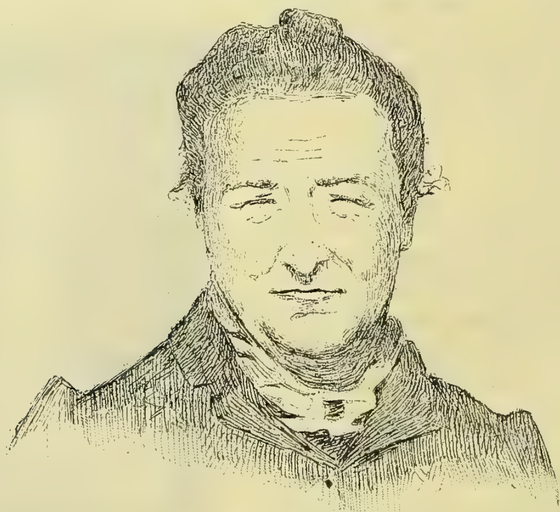


Fig. 24. — Mélancolie avec idées délirantes (collection de D. Anglade).

tômes. Tristes et mornes, ils se tiennent assis dans un coin de la chambre ou debout et immobiles : ils répondent à la plupart des questions qu'on leur adresse, mais on est obligé de les solliciter vivement; leur parole est sourde, lente et entrecoupée, elle semble exiger un grand déploiement d'effort. Il n'est pas rare de voir par instants ces malades sortir de leur immobilité et de leur mutisme pour se plaindre, avec une certaine insistance, des tourments moraux qu'ils endurent. Souvent alors ils accusent une certaine anxiété, analogue à celle qui est habituelle chez les malades d'un autre groupe, dont nous allons parler ; ils se livrent à des actes automatiques, cherchent à se jeter par la fenêtre, à s'étrangler, plus rarement ils se laissent aller à des actes de violence sur les personnes de leur entourage. Après ces crises d'agitation, ces *raptus mélancoliques,* ils retombent dans leur torpeur (fig. 24).

3° *Mélancolie avec stupeur.* — C'est la précédente à un degré plus accusé, avec immobilité plus complète, mutisme plus absolu. Il importe de bien s'entendre sur la signification du mot. Cette expression *mélancolie avec stupeur* est prise en effet dans des sens différents. Baillarger s'en est notamment servi pour désigner certains états qui nous paraissent devoir être rapportés plutôt à la confusion mentale et à la stupidité, étudiées au chapitre suivant. Mais,

en éliminant du cadre de la mélancolie les faits auxquels Baillarger a fait allusion et dont il sera question dans la description de la confusion mentale, il reste tout un groupe de cas qui appartiennent bien légitimement à la lypémanie, et à la désignation desquels on doit réserver le nom de *mélancolie avec stupeur,* à moins que l'on ne préfère l'expression *melancolia attonita,* qui est synonyme de la première et plus communément employée par quelques auteurs étrangers.



Fig. 25. — Mélancolie anxieuse (collection de D. Anglade).

Pour fixer dès maintenant les idées, nous croyons utile d'empiéter un peu sur un des chapitres suivants et de mettre en parallèle la mélancolie avec stupeur de Baillarger (forme de la confusion mentale hallucinatoire) avec la mélancolie avec stupeur telle que nous la concevons et qui est une variété légitime de la lypémanie. Voici, tels que les a décrits Baillarger, les caractères du type morbide que cet auteur a eu en vue : « Les malades, dit-il, ont la figure triste, mais en même temps un peu *étonnée ;* leurs traits ne sont pas contractés, leur regard est *incertain ;* rien n'indique chez eux la contention douloureuse de l'intelligence, ils semblent au contraire dans un état *tout passif.* Ces aliénés répondent lentement et brièvement aux questions qu'on leur fait; ils cherchent ce qu'ils ont à dire ; il n'y a point chez eux de silence obstiné. S'ils ne parlent pas, ce n'est point par suite d'un projet arrêté ou de

la fixité d'une idée qui absorbe leur attention : c'est par une sorte d'*apathie*, de *paresse*, d'*embarras intellectuel*[1]. Tout autres sont les vrais mélancoliques avec stupeur chez qui l'immobilité, la concentration et le mutisme résultent du sentiment de profonde tristesse qui les accable et des idées délirantes qui en dérivent. Esquirol[2] l'a dit excellemment : « La sensibilité, concentrée sur un objet, semble avoir abandonné tous les organes ; le corps est impassible à toute impression, tandis que l'esprit ne s'exerce plus que sur un objet unique qui absorbe toute l'attention et suspend l'exercice de toutes les fonctions intellectuelles. L'immobilité du corps, la fixité des traits de la face, le silence obstiné trahissent la contention douloureuse de l'intelligence et des affections. Ce n'est pas une douleur qui s'agite, qui se plaint, qui crie, qui pleure, c'est une douleur qui se tait, qui n'a plus de larmes, qui est impassible. » La différence, on pourrait dire l'opposition entre les deux états, est aussi accusée dans le fond que dans l'extérieur des malades et dans l'expression de leur physionomie. On reviendra plus loin, à propos de la confusion mentale, sur la mélancolie avec stupeur de Baillarger, dans laquelle l'intelligence est obscurcie, les idées confuses, l'état émotionnel variable et subordonné aux illusions et aux hallucinations qui, comme dans certains rêves, dominent l'esprit des malades ; nous devons nous arrêter ici sur la mélancolie avec stupeur, qui appartient bien légitimement au groupe des lypémanies, parce qu'elle est constituée, comme tout état lypémaniaque, par un trouble émotionnel fondamental auquel se surajoutent des idées délirantes, conséquence et explication de ce trouble émotionnel.

Cette forme de mélancolie débute rarement d'emblée : elle est le plus souvent consécutive à l'une ou à l'autre des formes que nous avons précédemment décrites. Lorsqu'elle est constituée, l'aspect, la physionomie, l'attitude des malades sont caractéristiques : inertes et immobiles, ces mélancoliques paraissent indifférents à tout ce qui se dit et se passe autour d'eux. Les traits contractés expriment une vive souffrance ; les pupilles sont habituellement dilatées, les yeux fixés vers le sol. Le mutisme est absolu ; ou bien par intervalles les malades chuchotent quelques paroles qui sont le plus souvent incompréhensibles. Les mains sont pendantes, quelquefois cyanosées ; si l'on place les membres ou le tronc dans des situations qui, à l'état normal, provoqueraient aisément la fatigue, ils conservent assez longtemps les attitudes qu'on leur communique, comme si le sujet avait perdu la faculté de réagir. L'insomnie est habituelle. « Le plus souvent, pendant la nuit, le malade garde les attitudes les plus incommodes, qui révèlent sa soif de souffrance et son désir obsédant de pénitence ; quelquefois, pendant ce temps, il reste à demi assis, le menton pressé contre la poitrine, pour cacher son visage et sa honte. » (Schüle.) Fréquemment il existe une rigidité musculaire difficile à vaincre : on n'arrive que péniblement à redresser la tête, qui reprend vite sa position fléchie ; la sensibilité paraît abolie, mais ce n'est qu'une illusion, car presque

[1] Baillarger. *Recherches sur les maladies mentales,* t. I, p. 667.
[2] Esquirol. *Maladies mentales,* t. I, p. 414.

toujours, lorsqu'on pince fortement, qu'on pique ou qu'on électrise la peau des malades, on voit les larmes couler, les muscles du front et des paupières se contracter. Le pouls est lent, petit et serré, la respiration rare, la température quelquefois légèrement inférieure à la normale, la constipation absolue. La nutrition se fait mal, la peau devient sèche. Tantôt le malade se laisse alimenter, d'autres fois il refuse de recevoir et de déglutir les aliments et l'on est contraint de le nourrir à la sonde. La stupeur absolue alterne parfois avec des phases d'excitation relative pendant lesquelles il se plaint et gémit.

Cet état peut se dissiper lentement ou brusquement. Après le retour à la santé, le mélancolique conserve le souvenir de son état d'esprit au cours de ces phases de dépression absolue ; il raconte les sentiments pénibles qui le dominaient, les angoisses auxquelles il était enproie, les idées de culpabilité, d'indignité, de fautes imaginaires, de ruine ou d'impuissance qui l'obsédaient (fig. 22).

4° *Mélancolie anxieuse*. — Au cours des différentes variétés de lypémanie que nous venons de décrire, on peut voir se produire des paroxysmes d'anxiété, pendant lesquels les malades, sortant de leur immobilité et de leur mutisme, accusent une sensation d'angoisse épigastrique ou thoracique, se plaignent de leur pénible situation et poussent des gémissements. Ce fait suffirait à prouver que les formes diverses de la mélancolie sont de simples variétés d'aspect de la maladie et ne sont pas séparées les unes des autres par une ligne de démarcation bien profonde.

Toutefois, la forme anxieuse de la lypémanie revêt dans quelques cas une physionomie, une marche et une évolution tellement spéciales qu'on est porté à lui attribuer une autonomie et une personnalité que n'auraient pas les autres formes de la mélancolie.

Les mélancoliques anxieux représentent les mélancoliques *actifs* d'Esquirol, les *gémisseurs* de Guislain et de Morel. L'attitude et la manière d'être de ces malades sont bien différentes de celles des mélancoliques avec stupeur ou même des mélancoliques simplement déprimés (fig. 25). Au lieu de concentrer leur douleur, les anxieux l'exhalent à tout venant. Ils vont et viennent machinalement, font des gestes de désespoir, profèrent des plaintes incessantes, se répandent en gémissements. De loin en loin, quand l'idée délirante devient plus obsédante, ils accusent (c'est ce qui leur a valu leur nom) une anxiété plus ou moins vive : ils éprouvent dans la région de l'épigastre et du cœur une sensation d'oppression pénible, de serrement, de constriction. Cette aura gagne le cou et la tête et s'accompagne d'un sentiment d'angoisse intense, suivi de larmes, de lamentations et parfois de mouvements impulsifs des plus dangereux. Dans les paroxysmes de leur agitation, les mélancoliques anxieux doivent être soumis à une surveillance rigoureuse : le suicide, les auto-mutilations, plus rarement l'homicide, peuvent être la conséquence des raptus mélancoliques, beaucoup plus communs dans cette forme de la maladie que dans les autres. Nous signalons plus loin les transformations que les idées délirantes sont susceptibles de subir chez ces malades (idées de négation. d'énormité) dans les cas où l'affection tourne à la chronicité.

Marche. Durée. Terminaisons. Pronostic. — Nous avons indiqué les modes de début variables de l'accès mélancolique : début brusque ou début lent avec prodromes. La période d'état ne procède pas d'une façon uniforme : en général, quelle que soit la variété de mélancolie à laquelle on ait affaire, on constate d'un jour à l'autre ou d'un moment à l'autre de la même journée des exacerbations ou des rémissions dans les symptômes. La dépression, l'anxiété, sont ordinairement plus accusées le matin ; les hallucinations, la panophobie, le soir à la tombée de la nuit. Les changements de température, particulièrement le froid vif, l'accentuation des désordres gastriques et intestinaux, le retour de la période menstruelle, provoquent souvent une exagération des troubles.

La *guérison* est une terminaison relativement fréquente de l'affection. On est d'autant plus en droit de l'espérer que les malades sont plus jeunes. Cependant elle est possible même chez les vieillards : Furstner[1] l'a notée dans ces conditions 11 fois sur 33 cas de mélancolie simple, 5 fois sur 18 cas de mélancolie anxieuse. Elle survient quelquefois assez vite, rarement avant trois à quatre semaines, plus rarement après trois, quatre ou cinq mois de durée, dans quelques cas après un an, quinze mois et même deux ans de maladie. On a rapporté des cas qui ont guéri après une durée exceptionnellement longue (six, sept et neuf ans)[2]. La terminaison peut être brusque et avoir lieu du soir au matin : le fait est rare et s'observe surtout dans les crises mélancoliques qui dépendent de la folie périodique. Habituellement la guérison s'établit d'une façon lente et graduelle : la dépression s'atténue petit à petit, les idées de culpabilité ou de ruine deviennent moins obsédantes, les malades s'y absorbent d'une façon moins constante et moins absolue, ils se remettent à s'intéresser aux choses qui les entourent. Toutefois il est rare que le retour à la santé ait lieu d'une manière régulièrement progressive ; d'ordinaire il est retardé par des périodes de recul momentané, par des sortes de rechutes temporaires qui deviennent de moins en moins longues et de moins en moins nombreuses. La mélancolie simple ou avec idées délirantes et la mélancolie avec stupeur guérissent plus aisément et plus souvent que la mélancolie anxieuse.

Les *récidives* sont fréquentes et les accès ont d'autant moins de tendance à se terminer heureusement qu'ils ont été précédés par un plus grand nombre de crises antérieures et qu'ils se produisent chez des individus plus âgés.

La mélancolie, si elle ne guérit pas, peut passer à l'état chronique. Dans ce cas, plusieurs éventualités sont possibles. Ou bien les idées délirantes persistent, mais elles se stéréotypent en quelque sorte ; les hallucinations s'atténuent, les gestes et la mimique deviennent automatiques et monotones, la stupeur fait place à une sorte de stupidité, l'intelligence s'affaiblit et les malades ne tardent pas à verser dans la *démence*. D'autres fois la mélancolie fait place à un délire systématisé avec hallucinations variées, idées de persé-

[1] Furstner. Ueber die Geistestörungen des Seniums (*Arch. für Psych.*, t. XX, 1889).

[2] Voir notamment James Neil. *The Journal of mental science*, janvier 1895.

cution et idées mystiques, qui se comporte comme le font les divers délires systématisés. Ces folies systématisées secondaires (*paranoia secondaire* des auteurs étrangers) réclament de nouvelles recherches tant au point de vue du mode de transformation qui les relie à la mélancolie, que de la place exacte qu'il convient de leur assigner en nosologie [1].

Mais il y a une forme spéciale de délire, dont les caractères cliniques et la signification pronostique ont été particulièrement bien étudiés en France dans ces dernières années et qui peut être l'aboutissant de certaines formes de mélancolie, spécialement de la forme anxieuse ; il s'agit du *délire des négations* [2].

Les idées qui caractérisent cette forme de délire, toujours identiques à elles-mêmes quant au fond, sont variables quant à leur objet. Tantôt elles se rapportent à l'organisation physique : les malades n'ont plus d'estomac, plus de cœur, plus de sang, plus de cerveau, ils sont bouchés, desséchés ; tantôt elles sont relatives aux fonctions psychiques : le malade ne pense plus, n'a plus de volonté, plus d'affection. Il est enfin des cas dans lesquels les tendances négatives visent le monde extérieur et les conceptions métaphysiques : rien n'existe plus, les personnes de l'entourage sont mortes, les médecins ne sont pas des médecins, les aliments sont des ombres d'aliments, il n'y a plus d'âme, plus de justice, plus de Dieu.

Les idées de négation s'observent dans des circonstances cliniques fort diverses. Baillarger a depuis longtemps montré leur fréquence dans les formes dépressives de la paralysie générale ; elles se rencontrent chez les débiles intellectuels, chez les déments séniles, chez certains persécutés.

Dans la mélancolie, particulièrement dans la mélancolie à forme anxieuse, elles peuvent se montrer plus ou moins mêlées aux autres conceptions lypémaniaques, soit dès le début, soit à une période peu avancée de l'affection. Dans ce cas, elles ne comportent pas toujours le pronostic fâcheux qu'elles entraînent à leur suite, lorsqu'elles apparaissent dans les circonstances qu'il nous reste à indiquer.

Cotard s'est attaché à montrer que le délire des négations peut être l'aboutissant de la mélancolie anxieuse et en constitue une transformation, d'ailleurs de mauvais augure, car elle serait l'indice de la chronicité. C'est particulièrement chez les mélancoliques d'un âge déjà avancé, qui ont eu

[1] D. Anglade. Délires systématisés secondaires. *Rapport au Congrès de Marseille* in *Comptes rendus*, 1895.

[2] On pourra lire les travaux suivants relatifs au délire des négations : *a.* Cotard, Du délire hypochondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse, in *Ann. médico-psychol.*, sept. 1880, et Du délire des négations, in *Arch. de neurologie*, nos 11 et 12, 1882. — *b.* Séglas, Séméiologie et pathogénie des idées de négation, in *Ann. médico-psychol.*, 1889, et Note sur un cas de mélancolie anxieuse, in *Arch. de neurologie*, n° 22, 1884. — *c.* Arnaud, Sur le délire des négations, in *Ann. médico-psychol.*, nov. et déc. 1892. — *d. Compte rendu du Congrès des médecins aliénistes tenu à Blois en* 1892 (Rapport de M. Camuset sur le délire des négations et discussion de ce rapport). *e.* Toulouze, Le délire des négations, Revue in *Gaz. des Hôpitaux*, n° 32, 1893. — *f.* De Cool. Contribution à l'étude du délire des négations. *Th. de Paris*, décembre, 1893. — Péguilhan. Contribution à l'étude de la valeur séméiologique des idées de négation. *Th. de Toulouse*, 1895.

antérieurement d'autres accès lypémaniaques, et dont l'hérédité vésanique est lourde, qu'on observe cette transformation. Après une première phase de mélancolie, caractérisée par de l'anxiété, des idées de culpabilité, de damnation et de possession, de l'analgésie, avec propension au suicide et aux mutilations volontaires, les idées de négation s'installent. Elles sont relatives, comme nous l'avons précédemment indiqué, soit à la constitution physique ou psychique du malade, soit au monde extérieur. Leur cercle va s'étendant de jour en jour dans une sorte de systématisation progressive. Les malades commencent par nier leurs organes, leurs sentiments, leur intelligence, puis ils nient le monde qui les entoure ; ils ne vivent pas, rien ne vit autour d'eux. Par une déduction assez singulière, ils en arrivent quelquefois, en partant de ces conceptions fausses, à l'idée d'*immortalité ;* l'un s'imagine qu'il est en pierre et par suite qu'il ne peut mourir (Régis) ; une autre qu'on ne peut la tuer, qu'une balle de revolver ricocherait dans sa tête vide comme une armoire (Toulouze) ; « ce qui reste d'elle, c'est ce qui ne meurt pas, le squelette humain, ce qui est éternel enfin ». Les négateurs conforment leur conduite à leurs idées : souvent ils refusent de manger, convaincus qu'ils n'ont pas besoin d'aliments, puisqu'ils sont morts. De même ils opposent une certaine résistance à toutes les tentatives qu'on fait pour les faire marcher, se lever, se nettoyer. Ces idées d'immortalité sont plutôt, suivant l'heureuse expression de Toulouze, des idées d'*éternité dans la mort.* Quand le délire des négations apparaît dans les circonstances que nous venons d'indiquer et quand il va se systématisant d'une façon progressive et de plus en plus parfaite, comme dans les cas observés par Cotard, il est souvent un signe de chronicité et d'incurabilité de la mélancolie. Toutefois cette terminaison n'est pas aussi fatale qu'on l'a soutenu.

On observe quelquefois, soit à sa suite et paraissant dès lors en dériver, soit indépendamment de lui, des idées d'un autre ordre qui, comme celles de négation, se greffent sur le fond mélancolique et, comme elles, sont d'un pronostic grave, ce sont les idées d'*énormité.* C'est encore Cotard [1] qui a appelé l'attention sur cette forme de délire. Il s'agit là d'une sorte de délire de grandeur, mais à physionomie très spéciale. Les conceptions fausses ne changent point de caractère : le mélancolique ne cesse pas de se considérer comme un coupable, mais il devient, si l'on peut dire, ambitieux dans son humilité. « Il croit qu'il est la cause de tout le mal qui existe dans le monde ; il est Satan, il est l'Antechrist. Quelques-uns s'imaginent que leurs moindres actes ont des effets incommensurables : s'ils mangent, le monde entier est perdu ; s'ils urinent, la terre va être noyée par un nouveau déluge. » Une malade d'Arnaud disait que « ses excréments montaient jusqu'au ciel, qu'elle en rendait tous les jours de quoi remplir une ou plusieurs maisons ». Une autre, observée par Cotard, s'imaginait que sa tête avait pris des proportions tellement monstrueuses qu'elle franchissait les murs de la maison de santé et allait, jusque dans le village, démolir comme un bélier les murs

[1] Cotard. Le délire d'énormité. *Soc. médico-psychol.*, 26 mars 1888.

de l'église. Un homme dont Camuset a relaté le cas, d'après Régis, disait devoir quatre milliards : « c'était une richesse à rebours ». Il faut ajouter que cette pseudo-mégalomanie peut à la longue dégénérer en mégalomanie vraie. Une malade, dont parle Cotard, qui était en 1882 un type de pseudo-mégalomane, en arriva en 1889 à se croire immense. Elle était tout à la fois Dieu et le diable, la Sainte Vierge et la reine du ciel, toute puissante pour le bien comme pour le mal.

La mélancolie peut se terminer par la mort à un moment plus ou moins avancé de son évolution. Au début, elle tourne quelquefois au délire aigu ; plus tard, les malades succombent soit de pneumonie gangreneuse, soit de cachexie, soit de tuberculose.

Diagnostic. — Les développements dans lesquels nous sommes entrés suffiront pour permettre de différencier la mélancolie de la *confusion mentale* et du *délire de persécution*, avec lesquels elle a été longtemps confondue. On trouvera du reste des détails complémentaires aux chapitres consacrés à ces affections.



Fig. 26. — Dépression mélancolique dans un cas de débilité mentale (collection de G. Ballet).

On ne confondra pas la mélancolie avec la *neurasthénie*. Certains neurasthéniques, tristes et déprimés, se plaignant amèrement de leurs souffrances, accusant des craintes illégitimes et redoutant, sans motifs suffisants, des affections graves, pourraient au premier abord être pris pour des mélancoliques hypochondriaques. Mais, dans ce cas, il existe des stigmates particuliers (casque, douleur rachidienne, plaque sacrée) ; la dépression est beaucoup moins accusée que dans la lypémanie ; un retour sur l'histoire de la maladie apprendra qu'elle a été précédée des divers symptômes propres à la neurasthénie ; les idées hypochondriaques, bien qu'exagérées, se déduisent avec une certaine logique des troubles éprouvés par les malades ; elles ne sont pas justes, mais elles sont soutenables ; celles du mélancolique sont absurdes, injustifiables. Le neurasthénique se laisse aisément convaincre, au moins pour un temps, de la fausseté de ses appréhensions : il aime qu'on les discute avec lui ; les bonnes raisons le réconfortent et le consolent. Le lypémaniaque, au contraire, a une idée arrêtée, contre laquelle aucun argument ne prévaut ; la discussion ne sert qu'à ancrer davantage les idées fausses en son esprit ; avec lui, toute démonstration raisonnée est sans effet, on n'entame pas sa conviction.

Nous avons vu que la mélancolie proprement dite présente une ressemblance assez étroite avec certains *délires mélancoliques*[1] qui s'observent chez les dégénérés (fig, 26), les épileptiques, les hystériques, ou à la suite des intoxications par l'alcool, la cocaïne. Mais, dans ces cas, l'état mélancolique est consécutif aux idées délirantes ou aux hallucinations. Ces dernières manifestations sont les premières en date : la dépression et la tristesse en sont la conséquence, tandis que dans la mélancolie elles sont primitives. On trouvera d'ailleurs plus loin les indications relatives aux caractères particuliers de ces délires mélancoliques secondaires.

Dans certains cas il est fort difficile de déterminer, au moins à un premier examen, si l'on a affaire à la mélancolie ou à un délire systématisé avec dépression secondaire[2]. Certains mélancoliques en effet ressemblent étrangement à des persécutés : mais quand l'idée de persécution fait partie du tableau clinique de la lypémanie elle affecte certains caractères spéciaux. Comme nous l'avons dit, à la différence du persécuté vrai, le mélancolique persécuté est et reste un auto-accusateur (Falret, Séglas).



Fig. 27. — Confusion mentale (stupidité) (d'après H. Dagonet).

D'autre part, il y a des délires systématisés, délires de persécution ou délires religieux principalement, qui en imposent pour de la lypémanie. Et de fait le diagnostic différentiel ne peut s'établir que par un interrogatoire répété et une recherche attentive de l'ordre de succession et de l'évolution des symptômes. C'est une question sur laquelle on reviendra en traitant des délires paranoiaques (psychoses constitutionnelles).

Nous avons indiqué et on verra plus loin que la lypémanie, au lieu de constituer une psychose autonome, peut n'être qu'une des modalités revêtue, à certains moments de son évolution, par la *folie périodique*. On mettra en relief, à la description de cette variété de folie, les éléments du diagnostic.

La mélancolie avec stupeur ressemble de très près à cette forme de confusion mentale qui porte le nom de *stupidité;* elle lui ressemble tellement que la stupidité, depuis Baillarger, est considérée par beaucoup d'auteurs

[1] Marandon de Montyel. *Communication à la Société médico-psychol.*, 27 janvier 1890.

[2] Schloss. Melancholia und Paranoia. *Jarbuch für Psych. und neurologie*, 1895, et Luigi Roncoroni. La paralipémanie. *Annali di Freniatria*, 1898, f. 1, p. 50.

comme une des variétés de la lypémanie. Elle s'en distingue pourtant nettement. « L'attitude raide du mélancolique, a dit Delasiauve [1], sa figure concentrée, chagrine, défiante, ses yeux obliquement dirigés le plus souvent vers la terre expriment l'exagération de la douleur morale. Dans la stupidité, au contraire, on observe une torpeur intellectuelle, une absence plus ou moins complète d'idée ; l'exercice de la pensée est aboli ou entravé » (fig. 27). Le mélancolique en effet est déprimé par la douleur morale ; il succombe sous le poids de ses impressions pénibles. Le stupide ne pense plus, n'éprouve aucune joie, ne manifeste aucune tristesse ; il est anéanti, inconscient, indifférent, amnésique. Parfois on observe bien chez lui de véritables accès de mélancolie délirante susceptibles d'être pris pour des accès de mélancolie anxieuse, mais ils sont transitoires ; dans la stupidité comme dans les diverses formes de la confusion mentale, il n'y a pas d'état cénesthétique fixe.

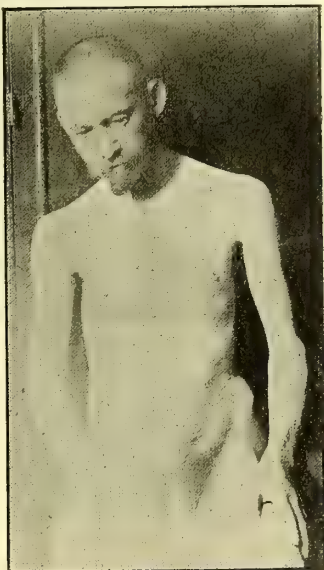


Fig. 28. — Dépression mélancolique au cours d'une paralysie générale (collection de G. Ballet).

Il ne faut pas perdre de vue toutefois que, comme l'a dit Chaslin [2], « il peut y avoir des cas dans lesquels la mélancolie aboutit à la véritable confusion, ou bien encore dans lesquels il y a à la fois les deux affections. C'est alors que l'embarras peut être grand et la solution impossible ».

Enfin, nous devons rappeler que, dans quelques cas, la *paralysie générale* revêt le masque de la mélancolie avec stupeur (fig. 28 et 29). Le diagnostic peut rester quelque temps hésitant. On reconnaîtra qu'on a affaire à l'encéphalite diffuse, à l'inégalité et à la paralysie des pupilles, au tremblement des lèvres et des mains, au trouble de la parole qui se révélera dès que le malade se décidera à prononcer quelques mots. On aura soin, d'ailleurs, de s'enquérir des premiers symptômes qui ont marqué le début de l'affection, et les renseignements de cet ordre fourniront au diagnostic différentiel de nouveaux éléments.

La *démence*, qu'elle soit primitive (comme cela a lieu au moment de la puberté ou de l'adolescence chez certains héréditaires) ou consécutive à la lypémanie, pourrait, à un examen superficiel, être prise pour de la stupeur mélancolique. Mais dans ce dernier cas l'individu est muet, les traits du visage violemment contractés expriment la souffrance morale qui le domine ; au contraire, à mesure que la démence s'installe, le facies perd les caractères

[1] Delasiauve. *Annales méd. psych.* Diagnostic différentiel de la lypémanie, 1851, p. 380.
[2] Chaslin. *La confusion mentale primitive.* Paris, 1895, p. 179.

de la stupeur pour prendre ceux de l'hébétude, le silence est moins obstiné et les phrases que le malade prononce témoignent par leur incohérence, leur puérilité, leur manque de signification précise, de l'affaiblissement des facultés intellectuelles.



Fig. 29. — Dépression mélancolique au début d'une paralysie générale (collection G. Ballet).

Étiologie. — La mélancolie s'observe beaucoup plus fréquemment *chez la femme* que chez l'homme : sur 1 000 femmes aliénées, Garnier[1] a trouvé 150 mélancoliques, tandis qu'il n'en a trouvé que 37 sur le même nombre d'hommes. Elle est exceptionnelle dans le jeune *âge* et se montre de préférence à trente ou quarante ans; on rencontre assez communément, il est vrai, des états lypémaniaques au moment de la puberté, mais en général il s'agit d'états de dépression prémonitoire de la démence précoce, et non de mélancolie pure. La ménopause est au contraire une époque de prédilection pour la lypémanie. Il en est de même de la vieillesse : certains auteurs ont même considéré la mélancolie comme une psychose due à l'involution sénile (Kræpelin[2], Capgras[3]) : il nous est difficile d'admettre cette manière de voir. D'ordinaire, quand l'affection atteint les vieillards, on a affaire à un deuxième ou troisième accès, le premier s'étant montré pendant l'adolescence ou l'âge mur. Quoi qu'il en soit, la mélancolie sénile revêt les formes les plus diverses : la forme simple ou la forme anxieuse[4]; plus rarement la forme avec stupeur que Furstner[5] n'a rencontrée que 3 fois sur 54 cas.

L'*hérédité nerveuse* figure souvent parmi les causes prédisposantes de la lypémanie. Si l'hérédité dissemblable y est commune, moins commune toutefois que dans l'étiologie des psychoses constitutionnelles, l'hérédité similaire n'y est pas rare bien qu'on ait avancé le contraire[6]. Il semble que la tare héréditaire n'intervient pas seulement pour provoquer l'éclosion de la psychose, mais qu'en outre elle influe sur sa forme. Toutes choses égales d'ail-

[1] P. Garnier. *La folie à Paris,* 1890, p. 25.

[2] Kræpelin. *Psychiatrie,* Leipzig, 1899.

[3] J. Capgras. *Th. de Paris,* juillet 1900.

[4] A. Ritti. Les psychoses de la vieillesse. *Rapport au Congrès des aliénistes et neurologistes. Session de Bordeaux,* 1895. In *Comptes rendus,* p. 19.

[5] Furstner. Ueber die Geistesstörungen des Seniums (*Ann. f. Psych.,* t. XX, 1889).

[6] Roubinovitch et Toulouze. *La Mélancolie,* Paris, 1897, Masson, p. 239.

leurs, le délire qui accompagne la dépression est plus constant et plus marqué dans la mélancolie des héréditaires.

Les causes occasionnelles sont physiologiques, physiques, morales ou pathologiques.

Nous avons indiqué déjà parmi les causes *physiologiques* la puberté, la ménopause et l'involution sénile. La grossesse et l'état puerpéral sont du même ordre : la mélancolie s'y observe assez souvent, moins communément toutefois que la confusion mentale (d'origine toxique ou infectieuse).

Les causes *physiques* sont représentées par le surmènement, les fatigues de divers ordres, surtout lorsque celles-ci coïncident avec une alimentation insuffisante, les traumatismes, particulièrement les traumatismes opératoires[1].

Elles n'ont pas, à beaucoup près, la même influence que les causes *morales*. Très souvent en effet on retrouve à l'origine de la lypémanie, du chagrin, des préoccupations longues ou longtemps prolongées, des déceptions de carrière. L'action de ces causes est d'autant plus prompte et plus sûre que l'organisme offre moins de résistance, que le système nerveux est plus impressionnable et se laisse plus aisément émouvoir et abattre par les incidents pénibles de la vie. On a accusé la tendance au mysticisme et les pratiques religieuses outrées de prédisposer à la mélancolie : le fait est loin d'être établi. Ce qui paraît plus vrai, c'est que les scrupules religieux exagérés, qui constituent souvent une forme, la forme morale, de la folie du doute, aboutissent quelquefois à la mélancolie anxieuse (Pitres et Régis).

Les *maladies* organiques, notamment celles qui, directement ou indirectement, intéressent le système nerveux, figurent aussi communément parmi les causes de la lypémanie. Cette affection s'observe en effet à la suite des maladies longues et anémiantes, des hémorragies, des affections du tube digestif, du *foie*, du rein, des organes génito-urinaires. Il est possible que quelques-unes de ces dernières, celles du foie, de l'estomac et de l'intestin, des reins, agissent en déterminant des auto-intoxications dont les produits iraient impressionner d'une façon fâcheuse le système nerveux. Mais, à cet égard, en ce qui concerne du moins spécialement la mélancolie, qu'il faut distinguer (ce qu'on n'a pas toujours fait dans les observations) des états de confusion mentale, on ne possède encore aucun résultat positif et précis.

La lypémanie se rencontre encore assez souvent dans le diabète, ou au cours d'auto-intoxications[2] ; la fièvre typhoïde, le choléra, l'influenza, le paludisme[3] semblent pouvoir y prédisposer. Il en est de même de la tuberculose[4], de la lèpre[5] et de diverses affections nerveuses comme le tabes, le goitre exophtalmique[6], la chorée[7].

[1] Rayneau. Troubles psychiques post-opératoires. *Congrès d'Angers*, 1898.
[2] Séglas. *Presse médicale*, 1898, p. 374.
[3] Rey et Boinet. Régis. *Congrès de Toulouse*. 1897. *Comptes rendus*, p. 579.
[4] Dufour et Rabaud. *Bullet. de la Soc. anat. de Paris*, 1899, p. 313.
[5] Ashmead. *The alienist and neurol.*, juillet 1898, p. 431.
[6] Raymond et Sérieux. *Revue de médecine*, 1892 p. 961. — Hirschl. *Jarbuch für Psychiatrie*, 1893. — Devay. *Arch. de neurol.*, 1897, nº 24.
[7] Huet. De la chorée chronique. *Th. de Paris*, 1899. — Breton. *Th. de Paris*, 1893. — Marpurgo, *Riv. sperimen.*, 1898, vol. XXIV, fasc. 2, p. 498.

Psychologie et anatomie pathologiques. — Nous avons indiqué, en décrivant les symptômes, les atteintes que la mélancolie porte aux diverses fonctions intellectuelles, à l'attention, à la mémoire, à la représentation mentale, à la volonté et par-dessus tout à la sensibilité qui est le phénomène symptomatique dominant auquel les autres paraissent subordonnés.

Notre individualité psychique est conditionnée par la série des sensations internes, qui résultent du jeu de nos divers organes, organes digestifs, respiratoires, circulatoires, etc. L'ensemble de ces sensations constitue ce qu'on appelle l'*état cénesthétique*. Or de cet état cénesthétique dépendent les sentiments, les tendances, les désirs, les passions qui constituent les éléments de la vie affective. Qu'il soit troublé, et du même coup notre personnalité en sera profondément modifiée. C'est ce qui a lieu dans la mélancolie : toujours la perturbation de l'état cénesthétique est à l'origine de cette affection.

Les deux sentiments par lesquels elle se traduit, tristesse et impuissance, sont corrélatifs l'un de l'autre ; la sensation de déplaisir se résout dans une sensation d'impuissance (Ch. Féré). A ce double sentiment se rattachent des phénomènes secondaires qui en constituent pour ainsi dire les diverses faces, le dégoût, l'indifférence, l'aboulie, l'indécision.

Mais quelle que soit la relation existante entre les diverses manifestations psychiques de la mélancolie, la pathogénie de ces manifestations est encore à trouver. Les tentatives qui ont été faites pour rapporter ces dernières à certaines localisations du trouble dans l'écorce, à la partie supérieure de la circonvolution temporale droite (Luys [1]), aux circonvolutions situées au-dessous de la scissure de Sylvius (Mairet [2]), n'ont pas été couronnées de succès. A vrai dire on ne sait si la mélancolie est produite par la localisation d'une lésion à un siège spécial ou, ce qui est plus probable, par une altération particulière des cellules de l'encéphale.

L'anatomie pathologique en effet ne nous a donné que peu de renseignements : l'œdème cérébral, signalé il y a longtemps par Etoc-Demazy [3] et par Marcé [4], l'anémie à laquelle Schüle et Meynert ont attribué une grande importance, sont insuffisants à nous expliquer les symptômes de l'affection. Dans ces derniers temps on a fait jouer à l'ischémie, soit corticale soit périphérique, un rôle important dans la genèse des états de tristesse et par suite de la lypémanie ; Lange [5], et après lui divers auteurs, Dumas [6] notamment, ont soutenu que les troubles de la circulation et de la contraction musculaire (pouls contracté, respiration faible, relâchement des muscles) qu'on observe dans les états de tristesse sont, non la conséquence, mais la cause desdits états ; l'émotion ne serait pas génératrice de ces troubles, mais engendrée

[1] Luys. *Encéphale*, 1881, p. 379.
[2] Mairet. *De la démence mélancolique*. Montpellier, 1883.
[3] Etoc-Demazy. *De la stupidité considérée chez les aliénés*, 1838, p. 41.
[4] Marcé. *Traité des maladies mentales*, 1862, p. 331.
[5] Lange. *Les émotions*. Trad. fr. de G. Dumas, 1895.
[6] G. Dumas. Les états intellectuels dans la mélancolie. *Th. de Paris*, 1894, et La joie et la tristesse. *Rev. philosoph.*, 1896, nos 6, 7, 8.

par eux. Si cette opinion, qui a de nombreux partisans, finissait par prévaloir définitivement, le problème pathogénique de la mélancolie serait non résolu, mais simplement déplacé : il resterait à déterminer pourquoi chez les lypémaniaques se produisent les troubles physiques auxquels on suppose que les troubles émotionnels sont subordonnés.

Si l'étude des lésions ne donne pas la clef de la mélancolie, elle nous montre tout au moins que souvent dans cette affection il existe des altérations, au moins secondaires, du système nerveux. Wigleswort[1] a rencontré dans certains cas de mélancolie avec stupeur des modifications des cellules de l'écorce devenues granuleuses, sphériques, avec déplacement de leur noyau ; Klippel et Azoulay[2], à l'aide de la méthode de Golgi, ont aussi trouvé des altérations cellulaires. L'un de nous (Anglade[3]) a eu l'occasion de relever dans plusieurs cas des lésions diffuses du système nerveux : lésions des cellules de l'écorce et des cellules radiculaires antérieures de la moelle, lésions scléreuses (cordons postérieurs), lésions de névrite parenchymateuse et interstitielle dans les nerfs périphériques. En l'état actuel, on ne peut donner une interprétation définitive de ces diverses altérations : elles sont peut-être secondaires et consécutives aux auto-intoxications et à la déchéance organique qui se produisent sous l'influence de l'état mélancolique. Mais s'il était démontré qu'elles sont, celles au moins des nerfs périphériques, primitives, il ne serait pas interdit de leur supposer un certain rôle dans la genèse des troubles psychiques. On conçoit en effet que les lésions des conducteurs nerveux, particulièrement celles du sympathique, sont de nature à empêcher le transport au sensorium des impressions périphériques dont l'ensemble constitue la cénesthésie, et nous avons vu que la mélancolie dépendait d'un trouble cénesthésique.

Traitement. — La première question qui se pose lorsqu'on a affaire à un mélancolique, c'est de préciser le milieu et le régime général qui lui conviennent. On doit le mettre au calme, loin de l'agitation et du bruit : il faut autant que possible l'éloigner de sa résidence habituelle, où ses préoccupations maladives ont pris naissance, et l'isoler des personnes qui constituent son entourage accoutumé. Les voyages, qu'on recommandait autrefois (Esquirol), sont plus nuisibles qu'utiles, au moins pendant la période d'état de l'affection; au cours de la convalescence on pourra au contraire quelquefois y recourir avec avantage. On installera le malade chez lui, soit à la campagne, soit à la ville, dans une maison tranquille; ou bien on le placera dans un établissement hydrothérapique, à la condition qu'il soit assuré d'y jouir d'une vie calme. La maison de santé ne s'impose pas toujours d'une façon impérieuse; toutefois, c'est encore elle qui répond le mieux aux exigences de

[1] Wiglesworth. *Journal of mental science*, 1883, t. IV, cité par Roubinowich et Toulouse, *loc. cit.*, p. 334.

[2] Klippel et Azoulay. *Arch. de neurol.*, 1894, et *Soc. biol.*, 12 mai 1894.

[3] Anglade. Névrites périphériques chez les aliénés. *Ann. méd. psych.*, 1899.

la situation, particulièrement lorsqu'on a affaire, soit à la mélancolie agitée, soit à la mélancolie délirante, avec idées de suicide, soit à la mélancolie avec stupeur. Quelle que soit d'ailleurs la résidence choisie, le malade doit être soumis à une surveillance attentive de jour et de nuit. Il ne faut jamais se fier à un mélancolique, même quand l'affection paraît bénigne; on a toujours à redouter les impulsions au suicide. Quand l'amélioration paraît s'affirmer, il faut encore se tenir sur ses gardes : *on n'a de sécurité vraie qu'après la guérison complète de la maladie.*

L'attitude à prescrire vis-à-vis des lypémaniaques doit être celle de conseiller compatissant; il faut leur montrer qu'on s'intéresse à leur sort, s'efforcer d'acquérir leur confiance. Sans s'associer à leurs idées délirantes, on doit éviter de les discuter : les tentatives de réfutation en règle n'aboutissent qu'à fatiguer les malades et à provoquer chez eux la défiance.

Quand la dépression mélancolique est compatible avec une certaine activité, il faut pousser le lypémaniaque à s'occuper, et s'efforcer ainsi de distraire sa pensée des préoccupations maladives qui l'absorbent. Les promenades au grand air, le travail des champs, le jardinage, quelquefois même la gymnastique modérée et rationnelle ont à cet égard leur utilité. Mais ces occupations doivent être distribuées de façon à laisser au malade tout loisir pour se reposer : on ménagera soigneusement ses forces et l'on se trouvera bien, dans quelques cas, de l'obliger à s'étendre plusieurs heures par jour, notamment après le repas.

Dans les cas où la dépression est très accusée, dans les formes anxieuses ou avec stupeur, il faut même aller plus loin, et il y a tout avantage à imposer aux malades le séjour complet au lit. Au lit, l'état général du mélancolique s'améliore : le cœur bat plus fort, la température se relève, et l'on voit la cyanose et le refroidissement des extrémités disparaître peu à peu (Ritti [1]).

« Supprimant toute activité des muscles de la vie de relation, le séjour au lit épargne au mélancolique tout acte volontaire, toute détermination, et exerce en outre sur l'état mental une influence directe qui n'est pas moins bienfaisante. On sait combien est vive l'hyperesthésie psychique, combien augmentée la douleur morale, combien accusé son état d'aboulie. Or le séjour au lit diminue dans une proportion considérable les sensations visuelles et auditives qui peuvent donner lieu à des exacerbations de douleur morale, à des réactions motrices. » [2] Ajoutons qu'alité le malade est mieux surveillé et que dans ces conditions il est plus difficile que les symptômes ou les complications qu'il est susceptible de présenter échappent au médecin.

Quelques auteurs (Forel, Van Retterghem, Voisin, Luys, Bernheim) ont conseillé l'emploi, dans la mélancolie, de la suggestion hypnotique. Mais sauf

[1] Ritti. *Traité de thérapeutique de A. Robin. Mal. mentales*, p. 179.
[2] Sérieux et Farnarier. *Semaine médicale*, 1899, n° 43, p. 341.

certaines lypémaniaques hystériques, le plus grand nombre des malades résistent au sommeil provoqué. Tout au plus peut-on essayer avec quelque chance de résultats de la suggestion à l'état de veille conduite avec méthode et patience (Morselli).

L'alimentation du mélancolique doit être régulière, substantielle et abondante. Les albuminoïdes y tiendront une place large, sinon exclusive, sous la forme de viande, d'œufs, de lait. Les stimulants, le thé, le café, même le vin en petite quantité seront pris avec avantage. Mais, comme nous l'avons dit, les malades manifestent souvent de l'indifférence ou du dégoût à l'égard des aliments; on est alors obligé de les pousser à manger; il faut pour ainsi dire leur mettre la bouchée aux lèvres : c'est une tâche à laquelle on ne doit pas négliger de s'employer. Quelquefois on se butte à un refus opiniâtre de tout aliment; dans ce cas il est nécessaire de recourir à l'alimentation forcée au moyen de la sonde : on trouvera plus loin, au chapitre consacré au traitement général, la technique de ce procédé d'alimentation. La sonde d'ordinaire est donnée deux fois par jour, le matin et le soir, et chaque fois on administre en moyenne un litre de liquide composé de bouillon ou de lait, auquel on mélange des œufs, de la poudre de viande, de la viande crue hachée, quelquefois du vin ou un peu de cognac, et, si on le juge opportun, des médicaments toniques et reconstituants (huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, sirop de quinquina, solution d'arséniate de soude, etc.)[1].

Dans les cas fréquents où existe un état saburral des voies digestives, l'antisepsie gastro-intestinale est indiquée, non seulement dans le but de lutter contre la sitiophobie, mais aussi comme préservatif des auto-intoxications secondaires (Bettencourt-Rodrigues, Pachoud, Alt, Régis, Mac Pherson)[2]. On la réalise au moyen des agents médicamenteux : benzo-naphtol, salicylate de bismuth, naphtaline, ou en procédant d'une façon régulière, aussi longtemps que l'exige l'état des voies digestives, au lavage de l'estomac pratiqué à l'aide du tube de Faucher. La constipation, habituelle dans la lypémanie, doit être combattue aussi activement que possible : on recourt au calomel, aux purgatifs salins, à l'huile de ricin, dont on seconde et entretient les effets au moyen des laxatifs, lavements, pilules de cascara sagrada, pilules à l'aloès, poudres laxatives.

Pour relever la nutrition languissante et activer la circulation cutanée, on peut user de l'hydrothérapie. Mais on ne doit pas perdre de vue que les réactions sont souvent fort lentes chez les lypémaniaques, et l'on s'exposerait à provoquer des congestions viscérales en employant systématiquement et sans discernement la douche froide. Celle-ci ne trouve guère son utilité que chez quelques mélancoliques simples ou dans la convalescence de la mélan-

[1] Pour les détails, voir : J. Luys, le *Traitement de la folie*, p. 258; Paris, Rueff, édit. 1893.

[2] Lire : Régis. Traitement de la sitiophobie des aliénés, in *Bullet.* et *Mémoires de la Société de méd. de Bordeaux*. 1886. — Mac-Pherson. De l'influence de la désinfection intestinale sur quelques formes de folie aiguë, in *The Lancet*, août 1892.

colie dépressive. On recourra plutôt à l'enveloppement dans le drap mouillé, à la douche tempérée ou écossaise, aux bains sinapisés. Encore ces moyens doivent-ils être employés avec précaution : c'est affaire de tâtonnement éclairé. L'électrisation statique ou faradique de la peau, le massage, pourront être avantageusement utilisés dans quelques cas [1].

Les injections de *sérum artificiel* à petites ou hautes doses trouvent aussi leur indication dans les cas où la dépression est très accusée, la circulation languissante.

Chez les mélancoliques agités ou qui souffrent d'insomnie, il faut faire usage des calmants et des hypnotiques. Le bromure de potassium est quelquefois prescrit avec avantage; le chloral, à la dose de 1 ou 2 grammes le soir, est un médicament fort utile, mais on doit être modéré dans son emploi à cause de son action vaso-paralysante; la paraldéhyde, à la dose de 3 grammes qu'on peut élever jusqu'à 6 et 8 grammes, n'a pas les mêmes inconvénients. Mais le médicament qui paraît être le meilleur et le plus avantageux des calmants dans la lypémanie, c'est l'opium. « Le repos du cerveau par l'opium, dit Schüle, est comme l'immobilité d'un membre dans un appareil. » Et il ajoute : « Le secret et le succès de la thérapeutique par l'opium sont dans l'emploi méthodique de ce médicament. » On l'utilise le plus fréquemment sous la forme d'injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine (Erlenmeyer, Roller, A. Voisin, Schüle). On commence par des doses faibles, 5 milligrammes et même moins, et l'on peut aller progressivement jusqu'à 10 et 15 centigrammes par jour. A. Voisin [2] portait couramment la dose à 20, 30 ou 40 centigrammes et même jusqu'à 1 gramme ; Schüle ne dépasse pas 20 centigrammes, et encore n'emploie-t-il qu'exceptionnellement cette quantité. La dose est administrée en deux ou trois injections. On la calcule d'après les effets constatés, en injectant autant de morphine qu'il est nécessaire pour obtenir l'apaisement des crises anxieuses et le sommeil. On juge par des tâtonnements successifs de l'opportunité de la diminution des doses, qui doit, comme l'augmentation, être ramenée à zéro d'une façon progressive. L'expérience a montré qu'on avait rarement à redouter les effets de l'accoutumance : les malades se déshabituent assez aisément du médicament auquel on peut, en dernier lieu, pour faciliter la suppression définitive, prescrire un peu d'opium donné à l'intérieur.

L'administration par la voie interne peut être d'ailleurs utilisée exclusivement chez les malades qui acceptent les médicaments. On donne alors soit l'extrait d'opium en pilules, soit le laudanum (Pierret, Belle et Lemoine) ; on peut faire prendre jusqu'à 200 gouttes par jour dans une potion.

[1] On peut encore employer avec quelque utilité l'électrisation galvanique du crâne. Quelle que soit l'opinion qu'on adopte au sujet du plus ou moins de facilité avec laquelle les courants continus appliqués à la tête traversent le cerveau (Vigouroux, Erb et Burchardt), il est certain que dans quelques cas la dépression mélancolique paraît influencée par ces courants prudemment maniés.

[2] A. Voisin. *Leç. cliniques sur les malad. mentales*, p. 684. Paris, 1883.

Le phosphate de codéine administré soit en injection sous-cutanée aux doses de 2 à 3 centigrammes au début, qu'on élève progressivement jusqu'à 8, 10 et même 12 centigrammes, ou en pilules (de 2 à 10, 15 et 20 centigrammes) nous a donné des résultats souvent plus prompts et plus accusés que ceux produits par l'opium ou la morphine : la stimulation des mélancoliques déprimés est plus nette, le calme obtenu chez les anxieux est plus marqué. Le médicament, dont il faut surveiller l'emploi, car il détermine souvent divers accidents (nausées, vertiges), est sans inconvénients quand on le donne à doses progressivement croissantes et qu'on s'arrête ou temporise dès qu'apparaissent les premiers signes d'intolérance.

Il n'est pas établi que l'emploi de l'opium ou de ses alcaloïdes dans le but d'atténuer la sthénie vasculaire que quelques auteurs supposent être la condition pathogénique de la mélancolie, ait des avantages réels dans tous les cas de lypémanie. Mais l'observation démontre tout au moins les bons effets du médicament quand l'affection s'accompagne d'agitation, de crises anxieuses et d'insomnie.

Récemment Paoli[1] a conseillé l'emploi de la *trinitrine* qui d'après lui aurait un bon effet au cours des paroxysmes d'anxiété.

Les révulsifs sont rarement indiqués. Tout au plus faut-il recourir à l'emploi des vésicatoires ou des pointes de feu à la nuque dans les cas de stupeur avec tendance aux poussées congestives vers la tête : le cas est rare. Quant aux émissions sanguines locales ou générales, il faut plutôt en redouter l'emploi dans une affection qui tend à anémier et à débiliter les malades.

Après cet exposé succinct des moyens à utiliser dans le traitement général de la mélancolie, nous croyons devoir indiquer, sous forme de résumé, ceux d'entre eux qui trouveront leur application dans chacune des formes de la maladie.

Dans la mélancolie *simple*, on prescrira : la vie calme, le repos alternant avec un exercice modéré, les pratiques hydrothérapiques, particulièrement les douches tempérées, les bains, le massage; on administrera des laxatifs et des purgatifs doux autant que l'exigera l'état des fonctions intestinales ; on veillera à ce que l'alimentation soit régulière, au besoin on stimulera l'appétit avec les amers ; on prescrira les toniques, fer, quinquina, arsenic ; contre l'insomnie, on recourra au chloral, à la paraldéhyde, au trional.

Dans la mélancolie *dépressive avec idées délirantes* et dans la mélancolie *anxieuse :* mêmes moyens, auxquels on adjoindra les injections de morphine ou l'opium, le repos au lit.

Dans la mélancolie *avec stupeur :* surveillance attentive; alimentation reconstituante, au besoin alimentation forcée; toniques : fer, quinquina, arsenic; exceptionnellement révulsifs à la nuque; on essayera les injections de morphine ou l'opium à l'intérieur.

Il va sans dire qu'on ne devra pas négliger les indications particulières

[1] Giueppe Paoli. *Riforma medica*, 30 juillet 1900.

qui peuvent dériver de l'état général des mélancoliques et qu'on prescrira les traitements divers que cet état général peut comporter : on conseillera les alcalins et le régime approprié dans le cas de diabète, l'eau de Vichy, le calomel, les purgatifs salins à petite dose, la rhubarbe si les fonctions du foie sont languissantes, l'huile de foie de morue si la mélancolie, ce qui arrive, évolue sur un terrain strumeux ou tuberculeux.

LIVRE III

TROUBLES MENTAUX DANS LES INTOXICATIONS ET LES INFECTIONS

PREMIÈRE PARTIE

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Par J. ROUBINOVITCH

L'intoxication et l'infection constituent deux processus morbides qui entrent fréquemment en jeu en pathologie mentale. Comme nous le verrons au cours de ce chapitre, les deux processus présentent une parfaite analogie au point de vue pathogénique.

Délimitation du sujet. — Quelqu'inconnu que soit encore dans son essence le fonctionnement des neurones corticaux, l'esprit admet sans difficulté qu'un désordre dans le travail de ces éléments nerveux puisse se produire sous l'influence d'une substance toxique ou d'un élément infectieux.

La preuve est faite pour les nombreuses substances toxiques *exogènes* qui pénètrent dans l'économie par les voies digestives, respiratoire ou sous-cutanée ; mais elle n'est pas moins certaine pour un grand nombre de poisons fabriqués par l'organisme lui-même au sein duquel les cellules puisent les éléments de leur nutrition et abandonnent, au fur et à mesure de leur production, leurs déchets résiduels. Ces derniers, impropres à la vie cellulaire peuvent constituer, lorsqu'ils sont insuffisamment éliminés ou fabriqués en trop grande quantité, autant d'agents nuisibles qui, au contact des éléments nerveux, les troublent dans leur fonctionnement de la même façon que les poisons exogènes. Ces déchets résiduels constituent les *poisons endogènes*.

D'autre part, le cerveau peut être encore troublé par les poisons d'origine infectieuse ou poisons *bactériens :* toxines des microbes et toxines cellulaires. On voit donc que les substances toxiques qui peuvent agir sur les centres nerveux sont de trois ordres : poisons exogènes, poisons endogènes, poisons bactériens.

Étiologie. Pathogénie. — Les *poisons psychiques exogènes* sont les uns inorganiques, les autres organiques.

Leur introduction dans l'économie est due tantôt à la mauvaise hygiène alimentaire (abus des boissons alcooliques) ; tantôt à des conditions professionnelles défectueuses (intoxication par le plomb, le phosphore) ; tantôt à l'usage abusif ou à l'absorption accidentelle de certains médicaments (morphine) ; quelquefois à une intervention criminelle.

C'est par les voies digestives que pénètrent, le plus ordinairement, les substances exotoxiques. C'est ensuite par l'appareil respiratoire (absorption des vapeurs et des gaz). Les injections hypodermiques, les frictions énergiques, les traumatismes sous forme de plaies ou de piqûres peuvent déterminer le passage de substances nuisibles par la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. L'absorption toxique peut enfin se faire par les muqueuses conjonctivale, génitale, etc.

Quelle que soit la voie et le mode d'introduction du poison, la présence seule de la substance toxique dans l'organisme n'est pas suffisante pour déterminer des troubles psychiques.

D'autres conditions entrent en ligne de compte, et, parmi elles, il faut signaler avant tout la susceptibilité particulière de chaque sujet à l'action de tel ou tel poison. Cette susceptibilité individuelle résulte elle-même d'une série de facteurs plus ou moins importants, comme la prédisposition héréditaire, l'idiosyncrasie, l'accommodation acquise par un usage prolongé et progressif, et elle est si variable qu'une dose de poison, suffisante pour provoquer un accès de délire chez tel individu, arrive à peine à troubler le sommeil chez un autre. D'ailleurs, la variabilité de résistance se constate non seulement chez des individus différents, mais à différents moments chez le même sujet. Tel buveur, par exemple, qui supporte sans inconvénient apparent, et pendant des années, des doses considérables d'alcool, fait un accès de délire parfois très intense, s'il est affecté d'un traumatisme, d'une pneumonie ou d'un érysipèle. De même chez le saturnin un simple écart de régime peut être l'occasion d'une crise d'encéphalopathie.

La conception, en vertu de laquelle la dose toxique de poison serait invariable pour une même espèce animale, est donc purement théorique. D'après elle, tout sujet absolument *sain* recevant dans le sang avec une *rapidité déterminée* une *substance toxique d'une concentration bien définie* présenterait toujours les mêmes accidents qui seraient proportionnels à la *quantité* du poison et au *poids* du sujet. Il suffit d'examiner les différents éléments du problème pour se convaincre que tous ne sont pas susceptibles d'une évaluation rigoureusement exacte ; or, la variabilité d'un seul de ces éléments suffit à rendre l'application du raisonnement à l'homme complètement erroné.

Chez les animaux, le problème est simplifié parce que les accidents qu'on enregistre après l'injection de tel ou tel poison ne concernent que les fonctions organiques autres que les psychiques, la modification de ces dernières étant chez l'animal d'une observation difficile; de plus, dans les expériences, on s'attache d'habitude à déterminer la dose toxique *mortelle,* sans chercher plus, tandis que ce qui nous intéresse chez l'homme soumis à l'action d'un

poison ce sont surtout les manifestations physiques ou psychiques qui précèdent cet accident ultime.

Les *poisons psychiques endogènes* sont constitués ainsi que nous l'avons dit par les déchets du travail cellulaire exagéré, ralenti ou perturbé, et l'intoxication qu'ils produisent résulte de la rétention et de l'insuffisante destruction de ces poisons au sein de l'organisme. Le rôle de ces intoxications d'origine interne (auto-intoxications) dans la genèse de certains troubles mentaux tend à se dégager chaque jour avec plus de précision. Depuis longtemps on a appris à connaître les désordres cérébraux qui sont consécutifs à l'insuffisance rénale et à certaines formes de l'insuffisance hépatique (ictère grave). Or, en dehors de ces accidents il y en a vraisemblablement bien d'autres qu'on est en droit de rapporter à des auto-intoxications. La clinique semblait parler en ce sens (Bettencourt-Rodrigues [1]) et l'expérimentation est venue lui préter appui (Régis et Chevalier-Lavaure [2]). En utilisant la méthode des injections d'urine dans la veine marginale de l'oreille du lapin (Bouchard), on a été amené à penser que fréquemment l'empoisonnement par les produits de la désassimilation plus ou moins viciée intervient au cours de diverses affections mentales (confusion mentale, mélancolie) à titre de cause ou de résultat. Il faut reconnaître toutefois que le procédé expérimental auquel on a recouru d'habitude pour apporter cette démonstration n'est pas exempt de défaut (G. Ballet et Roubinovitch [3]), et nous nous sommes attachés ailleurs à montrer les objections qu'on peut faire au mode d'appréciation de la toxicité des urines des délirants au moyen des effets résultant de l'injection intraveineuse à l'animal de ces urines.

Mais l'analyse chimique de ces liquides d'excrétion semble devoir apporter des arguments nouveaux à l'appui de leur hypertoxicité dans certaines formes d'affections mentales. C'est ainsi qu'on y a trouvé (G. Ballet et Bordas, *loc. cit.*) du ptomaïne qui ne se rencontre pas dans les urines à l'état normal.

Du reste, il n'est pas toujours nécessaire de recourir à des procédés d'analyse aussi délicats pour démontrer la part qu'on est en droit de faire dans certains cas à l'auto-intoxication. Certaines constatations de clinique courante permettent d'établir à la fois la réalité du processus et son origine comme la constatation de l'albumine, des cylindres et des tubes dans les cas d'auto-intoxication d'origine rénale ; de l'urobilinurie et de la glycosurie alimentaire dans l'insuffisance hépatique ; de l'indican, quand il s'agit d'auto-intoxication au point de départ intestinal. Il serait superflu d'insister sur les conditions nécessaires pour qu'un poison endogène détermine chez un sujet donné des troubles psychiques. Elles sont évidemment les mêmes que pour les poisons exogènes et ici, encore, il faut tenir compte de la prédisposition, des idiosyncrasies, des traumatismes, des écarts de régime.

[1] Bettencourt-Rodrigues. *C. R. Congrès inter. de méd. mentale*, 1890, p. 409.

[2] Régis et Chevalier-Lavaure. *Loc. cit.*

[3] Contribution à l'étude des auto-intoxications dans les maladies mentales par Gilbert Ballet, Bordas et Roubinovitch. *Comptes rendus du Congrès des aliénistes*. Session de La Rochelle, 1893.

Enfin, les *poisons bactériens* provenant des maladies infectieuses et constituées par les toxines des microbes et les toxines cellulaires, agissent sur les cellules nerveuses d'une façon qui reste encore obscure, mais dont la réalité est journellement prouvée par la clinique.

L'organisme se défend plus ou moins bien contre tous ces poisons endogènes, exogènes ou bactériens. A l'aide de ses divers émonctoires : les reins, le foie, les poumons, les glandes salivaires et les glandes de la peau, il rejette hors de lui le plomb, le mercure, l'alcool, l'arsenic, la strychnine, la morphine, ainsi que les poisons endogènes comme les acides sulfo-conjugués, le glycose, l'urate de soude, les ptomaïnes.

Au lieu de les chasser, certains organes de l'économie les retiennent, les modifient et les détruisent ; ainsi agissent l'épithélium intestinal, le foie, le corps thyroïde, les capsules surrénales et la plupart des tissus de l'organisme.

Aussi, la toxicité des différentes substances d'origine externe ou interne, est-elle essentiellement liée à l'état des organes chargés de ce travail de défense. Plus le fonctionnement de ces derniers est actif, plus l'élimination des poisons et des toxines est facile et plus est rapide la disparition des troubles psychiques occasionnés par le poison.

Bibliographie. — Legrain. Les poisons de l'intelligence. *Ann. méd. psych.*, 1891, t. XIV et 1892, t. XV. — Thore. De la folie consécutive aux maladies aiguës. *Ann. méd. psych.*, 1850, t. II. — Mugnier. De la folie consécutive aux maladies aiguës. *Th. de Paris*, 1865. — Chéron. *Th. de Paris*, 1866. — Christian. De la folie consécutive aux maladies aiguës. *Arch. gén. de Médecine*, 1873. — Kraepelin. De l'influence des maladies aiguës sur la génèse des maladies mentales. *An. Arch. de Neurol.*, 1881, t. II et 1882, t. IV. — Belons. Etude sur les phénomènes morbides liés à l'action exercée par les maladies infectieuses sur les centres nerveux. *Th. de Lyon*, 1888. — Pierret. Inflammation d'origine microbienne. Lyon, 1892. — Régis. Les psychoses d'auto-intoxication. *Cong. de méd. ment.* La Rochelle, 1863. *Id. Arch. de Neurol.*, t. VII, 1899. *Id.* Les délires toxi-infectieux. *C. R. de l'Académie de Médecine*, séance du 7 mai 1901. — Séglas. Auto-intoxications et délire. *Presse méd.*, 31 déc. 1898. — Ruggiero Lambrozi. Les auto-intoxications dans la pathogénie des névroses et des psychoses. *Il Manicomio moderno*, 1898, fasc. III. — Cullere. Hépatisme et psychoses. *Arch. de Neurol.*, 1898, novembre. — G. d'Abundo. Les intoxications et les infections dans la pathogénèse des maladies mentales et nerveuses. *Ann. di Neurol.*, 1899. An. XVII, fasc. 4 et 5. — H. Feuillade. Contribution à l'étude des manifestations délirantes qui marquent le déclin des maladies infectieuses. *Th. de Lyon*, 1899. — Faure. Sur un syndrome mental fréquemment lié à l'insuffisance des fonctions hépato-rénales. *Th. de Paris*, 1900. — Ceni et Ferrari. Auto-infezioni negli alienati. *Riv. sper di freniat.*, Reggio-Emilia 1898, XXIV, 182-184. — Neisser (C.). Die Bettbehandlung acuter Psychosen. *Klin. Therap. Wochenschr.* Wien 1900, VII, p. 961-963. — Hollopeter (W.-G.). Paroxysmal delirium : a short study in auto-infection. *Internat. M. Mag.*, N. Y., 1900, IX, p. 889. — Ewald (C.-A.). Die Auto-intoxication. *Deutsche Med. im. XIX Jahrhund.* Berl., 1901, I, p. 63-85. — Mott (F.-W.). On the selective influence of poisons in relation to diseases of the nerwous system. Lancet, Lond., I, p. 227-231.

DEUXIÈME PARTIE

TROUBLES MENTAUX DANS LES INFECTIONS

CHAPITRE PREMIER

DÉLIRES FÉBRILES

Par J. ROUBINOVITCH

Pathogénie. — La pathogénie des délires fébriles se réduit encore à des hypothèses. Il y a dans toute affection fébrile un certain nombre de facteurs susceptibles d'être incriminés.

Parmi ces facteurs, citons d'abord la haute température; en effet, on peut admettre que sous son influence, les neurones corticaux subissent un trouble dans leur nutrition, trouble qui compromet leurs fonctions, d'où délire. Il y a ensuite l'infection qui a créé la maladie fébrile ; or, qui dit infection dit en même temps trouble apporté dans le chimisme du sang ; ce dernier, altéré dans sa composition, apporte aux neurones des éléments nuisibles à leur fonctionnement normal, d'où délire encore. Enfin, dans toute affection fébrile, il existe un trouble plus ou moins profond de la répartition du sang et de la lymphe dans l'organisme ; cette modification dans les conditions de la circulation sanguine et lymphatique peut retentir à son tour d'une façon fâcheuse sur les fonctions corticales du cerveau et donner lieu au délire. Mais, lequel de ces facteurs intervient en réalité d'une façon prédominante ou exclusive ? S'agit-il de l'action simultanée de tous ? Ce sont autant de questions auxquelles il est impossible de donner, à l'heure qu'il est, une réponse satisfaisante.

Étiologie. — Le *délire fébrile* s'observe dans un grand nombre d'affections accompagnées de fièvre. La nature de l'affection, l'intensité de la fièvre qui l'accompagne, la prédisposition individuelle du sujet sont autant d'éléments qui interviennent dans la production du délire.

Les affections qui s'accompagnent le plus souvent de ce phénomène sont dans l'ordre de fréquence : la fièvre typhoïde, le typhus exanthématique, la pneumonie, la scarlatine, l'érysipèle, le rhumatisme polyarticulaire aigu, la pyémie, la septicémie, la tuberculose et, surtout la tuberculose du sommet

chez les enfants, l'influenza, la variole, la rougeole. La fièvre subissant, dans ces différentes maladies, des oscillations plus ou moins sensibles, on remarque que le délire les suit habituellement ; c'est ainsi qu'avec une élévation particulièrement vive de la température les phénomènes délirants prennent une acuité correspondante; c'est ainsi encore que le soir, quand généralemement la fièvre augmente, les troubles psychiques deviennent plus accusés et qu'ils s'atténuent au contraire le matin, quand la température baisse.

Mais la fièvre ne constitue pas le facteur unique dans la production du délire : il est d'observation clinique courante que bien des personnes atteintes d'une des affections énumérées plus haut, ne délirent pas, même avec une température de 40°; d'autre part, on voit de jeunes sujets délirer à propos d'une grippe accompagnée d'une fièvre insignifiante. Force est donc de reconnaître que chaque individu offre une aptitude spéciale, plus ou moins accusée pour délirer à propos des maladies fébriles, dont il peut être atteint.

Cette *prédisposition individuelle* doit se composer d'un grand nombre de conditions dont elle est la résultante ; nous les ignorons encore pour la plupart, mais parmi celles que nous connaissons, la première place appartient aux tares héréditaires du sujet, aux maladies antérieures qui ont affaibli ses centres nerveux, aux diverses intoxications professionnelles, alimentaires ou médicamenteuses dont il a pu être victime ; l'abus des boissons alcooliques fait singulièrement bien ressortir la prédisposition à délirer à propos des affections fébriles.

Symptomatologie. — Le délire fébrile affecte une physionomie clinique assez variable. Si son évolution générale est à peu près la même dans toutes les circonstances où il peut se produire, il diffère d'un sujet à un autre par des détails d'expression ou de forme. Cela dépend évidemment de l'individualité du malade, de son état de névrosisme antérieur, de la nature plus ou moins grave de la maladie.

En envisageant un grand nombre de cas de délire fébrile, on peut trouver dans ce dernier, quatre phases.

La *première*, qui coïncide d'ailleurs avec le début de l'affection fébrile, est très remarquable par l'état d'inquiétude dans laquelle le malade vit, sans en comprendre lui-même la raison. Il a conscience d'un trouble singulier qui envahit son cerveau. Les idées ont de la peine à s'enchaîner, l'attention éprouve une extrême difficulté à se fixer. Il semble au malade qu'il ne comprend plus, ou qu'il comprend très mal les choses les plus simples. Tout se brouille dans son esprit. Bientôt il ne pourra plus associer d'une façon convenable ses sensations, ses idées, ses actes. Des nuits d'insomnie, des rêves pénibles, des cauchemars, ont précédé, en général, cette perturbation profonde de l'idéation. Tout à l'heure, il puisera dans ces rêves les éléments du délire.

Avec les progrès de l'affection fébrile, c'est-à-dire avec l'élévation de la température, le malade entre dans la *seconde phase*, celle de la pénétration dans son esprit d'une quantité plus ou moins considérable d'illusions senso-

rielles. Il regarde les murs de sa chambre, et au lieu du dessin du papier, il aperçoit des figures; un meuble quelconque prend à ses yeux la forme d'un animal. Une voiture qui traverse la rue, la sonnerie des tramways, les sifflets du chemin de fer, les appels des marchands de journaux, les bruits de pas dans l'appartement ou des portes qui s'ouvrent et se ferment, tout cela lui donne des illusions auditives : il entend des conversations mystérieuses, des rires, des cris révolutionnaires. Très souvent aussi, se produisent des illusions du sens musculaire ; le malade croit qu'il est cloué à son lit, ou bien que, devenu extrêmement léger, son corps s'élève de lui-même au-dessus du lit. Les illusions tactiles ne sont pas rares non plus ; on le pince, on le brûle, on lui met sur le corps de la glace. Enfin, il a des sensations intérieures indiquant des illusions de la sensibilité générale ; il sent des grouillements de bêtes, des vapeurs chaudes ou froides qui montent et qui descendent...

Ces illusions se mêlent entre elles et avec une foule d'autres sensations et d'idées provenant des rêves ou des souvenirs du passé. Ces réminiscences, qu'elles soient d'origine onirique ou réelle (impressions d'événements vécus ou connus par les lectures, les récits), arrivent dans l'esprit du malade d'une façon désordonnée : de même qu'il n'est plus maître de fixer son attention sur les objets du monde extérieur, de même il lui devient impossible de faire un choix quelconque dans cette multitude de sensations et de souvenirs hétéroclytes. Il les subit d'une manière pour ainsi dire, automatique, et nous assistons à la genèse d'une confusion mentale. Cependant, dans cette deuxième phase, il faut bien distinguer deux périodes : une première, ou, malgré cet envahissement de l'esprit par des illusions et des réminiscences incohérentes, le malade a conservé encore la conscience de son état morbide ; il est encore capable de faire la part du réel et de l'irréel ; il reconnaît son entourage ; il fait ce qu'on lui conseille; il est seulement au paroxysme de l'inquiétude ; en un mot, il sent comme on dit vulgairement qu'il « *perd la tête* », mais il se raccroche à la réalité des choses tant qu'il peut, en interrogeant tout le monde, en essayant même de parler de toute autre chose que ses préoccupations cuisantes du moment. Mais cette période ne dure pas longtemps : les illusions redoublent d'intensité; elles deviennent bientôt tellement précises, nettes, brillantes, imposantes, que le malade est incapable de résister plus longtemps : les illusions, compliquées maintenant d'hallucinations, donnent naissance à des conceptions délirantes ; le malade perd toute conscience du monde réel ; il vit au milieu de choses et d'êtres fantastiques qui vont et viennent comme dans un véritable kaléïdoscope.

Le plus souvent, le rêve que le malade subit ainsi comprend des événements tragiques : il s'agit de maisons en feu où les parents les plus chers du malheureux, ses enfants, sa femme, sont en grand danger; des batailles terribles où il voit des soldats ensanglantés, entend les coups de fusil ou de canon, les cris des victimes ; de l'enfer, avec tout ce qu'il faut pour punir les pécheurs : la flamme, les démons. De temps en temps, une éclaircie se produit au milieu de ces scènes mélodramatiques : le malade se voit entouré tranquillement des siens, il est dans un état de béatitude ; des anges lui apparaissent. Un instant

après, les illusions, les hallucinations, terrifiantes, recommencent et, avec elles, le délire. Les réactions deviennent alors très actives, le malade essaie d'échapper au danger qui le menace, il veut protéger les siens, il saute au bas de son lit, veut se frayer un passage, invective ou frappe ceux qui l'en empêchent, veut sauter par la fenêtre.

Cette excitation de la deuxième phase peut durer plusieurs jours; ensuite, malgré les progrés incessants de la maladie fébrile, on voit l'agitation diminuer.

Dans la *troisième phase* au lieu de crier, le malade marmotte ; au lieu de faire des sauts dans son lit, il remue continuellement ses draps et ses couvertures; il a des mouvements carphologiques.

La dépression a succédé à l'excitation. Le malade n'en peut plus : l'état somatique est à ce moment singulièrement inquiétant : la température est arrivée à son apogée, le pouls est d'une grande faiblesse et d'une grande fréquence, les extrémités sont tremblantes, l'haleine est fétide et la langue ainsi que les lèvres sont sèches. L'épuisement général est profond.

A cette phase succède la *quatrième* dans laquelle peut se déclarer un état comateux.

L'évolution du délire fébrile est subordonnée à la marche de la maladie qui le commande.

Souvent, au moment de la défervescence de l'affection principale, on voit le délire disparaître assez rapidement, sauf chez certains sujets particulièrement prédisposés aux vésanies, où le délire se prolonge bien longtemps après la disparition de la fièvre. Si la plupart des délirants fébriles sortent de leur accès indemnes, au point de vue intellectuel, il y en a qui conservent pendant des mois et des années une certaine difficulté à associer leurs idées.

Diagnostic. — Le *diagnostic* n'offre aucune difficulté, puisqu'il est intimement lié à la maladie fébrile dont le délire n'est qu'un simple symptôme.

Pronostic. — Le *pronostic* peut être grave : si le malade arrive à l'état comateux, c'est l'indice d'un épuisement profond qui peut se terminer par la mort. A la deuxième, et même à la troisième phase du délire, la guérison est encore possible.

Traitement. — Le *traitement* doit être surtout inspiré par l'affection principale; il doit viser l'élimination de l'élément infectieux, d'où indication possible du « lavage du sang » (Tuffier, Lejars). Contre les phénomènes délirants proprement dits, il faut agir par des moyens qui diminuent l'hypérémie cérébrale et qui calment l'excitation.

Le séjour au lit s'impose par la nature même du délire.

Une faible saignée par l'application de quelques sangsues aux apophyses mastoïdes ou à la cloison du nez, des vessies de glace prudemment appliquées sur la tête, peuvent contribuer à diminuer l'afflux du sang vers le cerveau. Un bain général, à 28°, en ayant soin de mettre sur la tête du malade des com-

presses froides, est un excellent moyen pour calmer l'excitation. Parmi les médicaments pouvant rendre quelque service à la deuxième phase du délire fébrile, les bromures, la valériane, le camphre donnés par la bouche ou en lavements nous semblent préférables à tous les autres calmants du système nerveux. A la troisième et à la quatrième phases, il s'agit au contraire de lutter contre la dépression, et l'emploi des excitants comme l'éther, la caféïne, le musc, se trouve indiqué.

Nous avons vu que le malade peut avoir des réactions fort dangereuses pour lui et pour son entourage, d'où la nécessité de la surveiller de très près et à tous les instants du jour et de la nuit. Dans les hôpitaux généraux, il est indispensable d'aménager des locaux spéciaux pour l'isolement effectif des malades atteints de délire fébrile.

Bibliographie. — Fièvre thyphoide. Baillarger. Fièvre typhoïde simulant l'aliénation mentale. *Ann. méd. psych.*, 1843, II, p. 147. — Max Simon. De la folie consécutive à la fièvre typhoïde. *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, 1844. — Sauvet. Remarques sur le délire consécutif aux fièvres typhoïdes. *Ann. méd. psych.*, 1845, VI. — Thore. De lafolie consécutive aux maladies aiguës. *Ann. méd. psych.*, 1850, t. II. — Marcé. *Traité pratique des maladies mentales*. Paris, 1867, p. 135. — Régis. Folie consécutive à une fièvre typhoïde. *Encéphale*, 1881. — Bucquoy et Hanot. Quelques remarques cliniques sur le délire de la fièvre typhoïde. *Arch. gén. de méd.*, 1881. — Auguste Voisin. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1883, p. 125. — Marandon de Montyel. De la fièvre typhoïde dans ses rapports avec la folie. *Ann. méd. psych.*, 1883, IX. — R. Percy-Smith. Quelques cas de fièvre typhoïde chez les aliénés. *Journ. of. ment. Science*, 1887, avril. — Glover. La folie et la fièvre typhoïde. *Th. Paris*, 1891. — Joffroy. C. R. du *Congrès annuel des médecins aliénistes*. Lyon 1892, p. 308 et suiv. — Aschaffenburg. Des délires initiaux de la fièvre typhoïde. *XXVe Congrès de la Soc. psych. de l'Allem. du Sud-Ouest*, 1893. Carlsruhe. — Pagliano. Troubles de l'intelligence dans la fièvre typhoïde. *Rev. de méd.*, 1894. — Goodner (R. A.). Typhoïd fever among the insane. *Medicine, Détroit*, 1897, III, 94-99. — Hyvert. A propos de cinquante cas de fièvre typhoïde chez les aliénés. *Arch. neurol.*, 1898, p. 103. — Alberto Vedrani. Sur les psychoses observées dans la fièvre typhoïde. *Bolletino del Manicomio di Ferrare*, 1900. — Deiters (d'Andernach). Contribution à la connaissance des psychoses typhiques. *Münchner med. Wochenschr.*, 1900, p. 1623. — Artaud (Marcel). *Forme nerveuse de la fièvre typhoïde avec contractures*. Paris, imp. Boyer, 1901, in-8°, 37 p.

Pneumonie. A. Fontaine. Du délire dans la pneumonie. *Th. de Paris*, 1898. — Orbeil. Delirium acutissimum et pneumonia crouposa. *Messager méd. russe*, t. II, p. 1-6, 1900.

Influenza. Bidon. Étude clinique de l'action exercée par la grippe de 1889-1890 sur le système nerveux. *Rev. de méd.*, 1890. — Joffroy. Délire avec agitation maniaque dans l'influenza. *Soc. méd. des hôpitaux*, 28 mars 1890. — Jules Voisin. Idées de persécution à la suite de la grippe. *Gaz. des Hôpitaux*, 1890, p. 1012. — Althaus. On psychoses after influenza. *The journ. of. ment. Sci.*, 1893, XXXIX. — Dr R. Hutchings. Quarante cas de folie post-grippale. *State Hosp. Bull.*, 1865, I. — Camia. Deux cas de psychose consécutive à l'influenza. *Rev. di Path. nerv. et ment.*, 1900, mars. —

Mosher (J.-M.). Influenza and the nervous system. *Med. News. N.-Y.* 1900, L. XXVII, p. 924-928.

FIÈVRES ÉRUPTIVES. Thore. Des hallucinations dans la variole. *Ann. méd. psych.*, 1856, t. II. — Claye Shaw. *Journ. of. ment. Sci.*, 1872. — Foville. *Ann. med. psych.*, 1873, t. IX. — Baillarger. *Ann. méd. psych.*, 1879, t. I. — Kraepelin. Influence des affections fébriles comme origine des maladies mentales. *Arch. f. Psych. and Nez. Krank.*, 1881. — Mabille. Démence paralytique à la suite d'une variole. *Ann. méd. psych.*, 1883, t. X. — Quinquaud. Sur quelques troubles nerveux consécutifs à la variole. L'*Encéphale*, 1884. — Rouillard. *Ann. méd. psych.*, 1891.

ÉRYSIPÈLE. Bayle. *Traité des maladies du cerveau.* Paris, 1826, p. 243. — Baillarger. Note sur l'influence de l'érysipèle de la face sur la production de la p.g. *Ann. méd. psych.*, 1849, t. I, p. 477. — Morel. *Traité des maladies mentales*, 1860, p. 147. — Chéron. *Th. de Paris*, 1866. — Christian. De la folie consécutive aux maladies aiguës. *Arch. gén. de méd.*, 1873. — A. Fielder. Influence des maladies fébriles sur les psychoses. *Deutsch. Arch. f. Klinik med.*, 1880. — Kraepelin, *Ouv. cit.*

OREILLONS. Trousseau. *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 5e éd., t. I. — Lannois et Lemoine. Des manifestations méningitiques et cérébrales des oreillons. *Arch. de Neurol.*, 1885, t. XI.

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU. *Traités* de Guislain, Morel. Cliniques de Trousseau. — Giraud. Du délire dans le rhumatisme articulaire aigu. *Th. Paris*, 1871. — Mabille et Lallemant, *Les folies diathésiques*, 1891.

IMPALUDISME. Sébastian. Remarques sur la mélancolie et la manie, suite des fièvres intermittentes. *Ann. méd. psych.*, 1844, t. IV. — Morel. *Traité des maladies mentales*, 1860, p. 128 et suiv. — Mabille. Note sur les rapports de l'aliénation mentale et de la fièvre intermittente. *Ann. méd. psych.*, 1881, t. VI. — Lemoine et Chaumier. Des troubles psychiques de l'impaludisme. *Ann. méd. psych.* 1887, t. V. — Marandon de Montyel. Contribution à l'étude clinique des rapports de l'impaludisme et de l'alcoolisme. *Ann. méd. psych.*, 1893, t. XVIII. — Remlinger. Les déterminations du paludisme sur le système nerveux. *Gaz. des Hôp.*, 1897, p. 257-266. — C. C. P. Un caso de delirio de persecucion complicando una fiebre intermittente. *Inventud Méd.*, Guatemala, II, p. 283-285.

TUBERCULOSE. *Traités* d'Esquirol, de Calmeil, de Marcé. — Morel, *Traité des maladies mentales*, 1860, p. 162 et suiv. — Cullerre. Contribution à l'étude de la tuberculose chez les aliénés. *Ann. méd. psych.*, 1876, t. XV. — Giraud, Nicolau, Toulouse. *Rapport médical sur l'asile de Saint-Yon*, 1894. — Jules Chartier. De la phtisie et en particulier de la phtisie latente dans ses rapports avec les psych. *Th. de Paris*, 1899. (*An. in Ann. méd. psych.*, 1900, n° 1, p. 134).

SYPHILIS, *Traités* de Lancereaux, Lasègue, Marcé, Zambacco. — Fournier. *Syphilis du cerveau*, 1879. *Id.*, *Les affections para-syphilitiques*, 1894. — Kiernan, Psychoses de la fièvre syphilitique secondaire. *Journ. of nervous and ment. diseases*, 1880, *An. in Ann. méd. psych.*, 1882, t. VII. — Parant. Syphilis et folie. *Ann. méd. psych.*, 1888, t. VIII, p. 415. — Morel-Lavallée et Bellières. *Syphilis et paralysie générale.* Paris, 1889. — Guinon. Les agents provocateurs de l'hystérie. *Th. de Paris*, 1889, p. 98. — Cullerre. Note sur la paralysie générale conjugale. C. R. *du Congrès des aliénistes.* Rouen 1890. — Régis, Syphilis et paralysie générale. *Arch. clin. de Bordeaux*, 1892 — Mairet. *Aliénation mentale syphilitique.* Montpellier, 1893. — Joffroy, Syphilis et paralysie générale. *Leçon à l'asile Sainte-Anne*, 26, I, 1895. — W.-R. Dawson. Rapport de la syphilis acquise avec l'aliénation mentale; mémoire critique. *Journ. of. Mental Sci.*, 1898, avril. (*An. in Ann. Med. Psych.*, 1901, n° 2, p. 303). — G. Jacquin. Contribution à l'étude de quelques manifestations mentales de la syphilis secondaire. *Th. de Lyon*, 1899. — Dawson (W.-R.). The relation of acquired syphilis to insanity. J. chent. *Soc. Lond.*, 1898, XLIV, 277-290. — Ardin-Delteil (P.). Syphilis et folie. *N. Montpel. Méd.*, 1900. 2 s. XI, p. 609-624. — Jolly. Syphilis und Geisteskrankheiten. *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1901, XXXVIII, p. 21-26.

BLENNORHAGIE. Bonnet. Complications cérébrales du rhumatisme blennorrhagique.

Th. de Paris, 1877. — Paul Raymond. Les complications nerveuses de la blennorrhagie. *Gaz. des Hôpitaux*, 1891, p. 957. — Cullerre, *Ann. méd. psych.*, 1894.

Choléra. Delasiauve. Influence du choléra sur la production de la folie. *Ann. méd. psych.*, 1849, t. I. — Mesnet. *Ann. méd. psych.*, 1866, t. VII, p. 317. — Kraepelin. *Loc. cit.*, 1882, p. 115. — Ball. De la folie consécutive au choléra. *Encéphale*, 1885, n° 1. — Camuset. Des modifications observées dans l'état mental de certains aliénés atteints de choléra. *Ann. méd. psych.*, 1892. — Séglas. Un cas de folie post-cholérique à forme de confusion mentale primitive, *Ann. méd. psych.*, 1893. — Toulouse. Le choléra et les aliénés. *La Tribune médicale*, 1893, n° 10. — Hodgdon (A.-L.). Post-febrile insanity. *Mariland M. J.*, Balt., 1896-97, XXXVI, 431. — Norbury (F.-P.). Post-febrile insanity and its treatment. *Med. Fortnightly*, Saint-Louis, 1900, XVIII, p. 753-758.

Assistance publique. Le Gendre (P.). De la nécessité d'aménager dans chaque hôpital un local spécial pour l'isolement effectif des agités temporaires. *Bull. et Mém. Soc. méd. d. Hôp. de Paris*, 1901, 3 s. XVIII, p. 19-24.

CHAPITRE II

DÉLIRES DES SEPTICÉMIES

Par J. ROUBINOVITCH

Outre le délire temporaire *fébrile*, on observe dans certaines affections caractérisées par la présence dans le sang d'un agent virulent (streptococcique, staphylococcique, éberthien, rabique), des troubles transitoires de l'intelligence, indépendants de l'élévation thermique.

Tels sont, par exemple, les troubles mentaux observés dans certaines formes apyrétiques de l'infection puerpérale, à la période prodromique de la fièvre typhoïde ou de la variole, aux phases apyrétiques de la malaria, dans la rage.

Ainsi, pendant la période prodromique de la dothiénentérie, on constate parfois un état cœnesthétique plus ou moins déprimé ; le malade se présente avec un véritable masque de mélancolie ; tantôt il éprouve des peurs angoissantes, des pressentiments sinistres ; tantôt il fait un accès très court de confusion mentale avec des hallucinations multiples, de l'agitation, des actes plus ou moins violents. La bouffée délirante dure habituellement quelques jours et lorsque commence la période fébrile de la dothiénentérie, les troubles mentaux s'atténuent, puis disparaissent complètement.

Un tableau clinique analogue peut s'observer dans la septicémie puerpérale et dans la rage.

a. *Délire de la septicémie puerpérale.* — Les troubles mentaux liés à la septicémie puerpérale ont été nettement entrevus dès 1874 par Holm, Campbell Clark, surtout Hansen en 1888, en Allemagne[1] et Savage, en Angleterre[2]. Hansen avait même signalé que ces psychoses par septicémie puerpérale revêtaient l'aspect de la confusion mentale hallucinatoire aiguë. En 1890, Pierret, de Lyon insista sur l'origine infectieuse de la folie puerpérale. Dans la thèse de son élève Edmond Faure, on trouve six cas attribuables à la septicémie confirmée d'ailleurs par un examen bactériologique de Courmont[3]. En 1892, la question est reprise dans la thèse de Lallier[4]. Jdanoff, en

[1] Hansen. *Ueber das Verhaeltniss zwischen der puerperalen Geisteskrankheit und der puerperalen Infection*, 1888.

[2] Savage. Puerperal insanity of septic origine. *Lancet*, 1888, II, p. 1129.

[3] E. Faure. Contribution à l'étude de la folie chez les nouvelles accouchées. *Th. de Lyon*, 1890.

[4] Lallier. De la folie puerpérale dans ses rapports avec l'éclampsie et les accidents infectieux des suites des couches. *Th. Paris*, 1892.

Russie fait intervenir également la septicémie dans la genèse de certaines psychoses puerpérales. Parmi les travaux récents nous devons citer ceux de G. Ballet[1], Régis et Chevalier-Lavaure[2], une revue générale de Toulouse[3], la thèse d'Évrot[4], deux études personnelles, dont une en collaboration avec Vlavianos (d'Athènes)[5].

Pathogénie. — Dans un grand nombre de cas de folie puerpérale il y a intervention des microbes qui agissent sur les centres nerveux par les toxines qu'ils sécrètent. Les cellules cérébrales sont altérées dans leur vitalité et leur fonctionnement, soit par l'action directe de ces toxines, soit par l'action du sang vicié par les mêmes toxines. Généralement, cette altération cellulaire est passagère, car le poison microbien finit par s'éliminer ; les éléments nerveux peuvent revenir à leur état bio-chimique normal et leur fonctionnement peut reprendre sa régularité antérieure.

Il faut ajouter, d'ailleurs, que si la septicémie puerpérale engendre des troubles mentaux, elle ne suffit pas toujours à elle seule pour amener ce résultat ; dans beaucoup de cas, il faut un terrain de réceptivité favorisée par les tares acquises ou héréditaires et aussi par l'épuisement qui accompagne généralement l'état puerpéral. Dans tous les cas accompagnés ou non de facteurs prédisposants, la septicémie imprime aux troubles mentaux de la puerpéralité une physionomie spéciale.

Symptomatologie. — Au point de vue symptomatique, le délire de la septicémie puerpérale ressemble aux délires d'origine toxique, en particulier au *delirium tremens* et aux délires infectieux, comme ceux des typhiques, des pneumoniques, des érysipélateux. C'est la confusion hallucinatoire aiguë, qui paraît être ici comme ailleurs la conséquence directe de l'agent septique.

Le début est généralement brusque : la malade s'agite, perd entièrement la conscience. La mémoire disparaît, la faculté de s'orienter est nulle, les sensations sont mal perçues, il y a des illusions et des hallucinations, le jugement n'existe pas. Cette dissociation de toutes les fonctions mentales évolue sur un fonds d'affaiblissement passager ou durable des facultés intellectuelles. Sur ce fonds viennent se greffer des accès d'excitation, de dépression ou même de stupeur. Symptomatiquement, le terme « confusion mentale » rend bien compte de ce désordre psychique.

A titre exceptionnel, le délire de la septicémie puerpérale peut débuter par une phase à forme délirante systématisée[6]. Nous avons observé une

[1] G. Ballet. Les psychoses puerpérales. *Médecine moderne,* octobre et novembre 1892.

[2] Regis et Chevalier-Lavauré. *Loc. cit.*

[3] Toulouse. *Gaz. des Hôp.*, septembre 1893.

[4] Evrot. Essais de classification pathogénique des délires liés à la puerpéralité. *Th. de Lyon*, 1894.

[5] Roubinovitch. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 1899. —*Id.* et Vlaivianos. *C. R. Congrès international de médecine,* 1900, section de Psychiatrie.

[6] 1-8 août 1901.

jeune femme de trente-deux ans atteinte pendant l'allaitement, de septicémie consécutive à un gros abcès du sein. Les troubles mentaux initiaux ont consisté, après une insomnie de plusieurs nuits, en un délire à apparence systématisée. Mais au bout du troisième jour, le délire a pris l'aspect de la confusion mentale aiguë, et six jours après, la malade mourut[1]. G. Ballet a vu des faits analogues.

Quand l'évolution du délire est rapide, quand l'état général prend une allure menaçante, les troubles mentaux de la septicémie puerpérale rappellent l'aspect du « délire aigu ».

Diagnostic. — Ce sont naturellement les signes somatiques de l'infection septicémique d'origine utérine qui seuls peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

Ajoutons que la septicémie puerpérale peut se compliquer d'infections intestinale, rénale ou hépatique qui pourront donner lieu à leur tour à des troubles mentaux par auto-intoxication[2].

Pronostic. — Le pronostic des troubles mentaux de la septicémie puerpérale est très réservé ; la guérison peut s'observer après un premier accès, mais après plusieurs grossesses accompagnées de troubles mentaux analogues, les malades peuvent tomber dans un affaiblissement intellectuel définitif.

Traitement. — Le traitement des troubles mentaux liés à la septicémie puerpérale doit viser tous les facteurs : septicémique, autotoxique, asthénique, auxquels ces troubles sont généralement dus. De là, nécessité du traitement local de toutes les plaies, des lavages antiseptiques vaginaux et utérins, de l'examen attentif des fonctions intestinales, rénales et hépatiques, de l'emploi des toniques rationnels contre l'épuisement et l'anémie (bains froids).

Il faut combattre la constipation par des lavements glycérinés, faire uriner à tout prix, donner des purgatifs (calomel), utiliser les antiseptiques intestinaux, employer le régime lacté, qui donne le moins de déchets.

Lorsque la convalescence survient, les sels de fer, un régime alimentaire plus substantiel, l'hydrothérapie aideront efficacement à la guérison.

Délire de la rage. — Les troubles mentaux observés au cours de la rage semblent manifestement liés à la septicémie bien plus qu'à la fièvre qui est généralement à peine accusée dans l'infection rabique.

Ces troubles mentaux apparaissent le plus souvent après les premiers symptômes indiquant une irritation de la moelle et du bulbe tels que : spasmes de la glotte, dysphagie, dyspnée, ptyalisme, dilatation des pupilles, exagération des réflexes.

Les modifications portent tout d'abord sur l'état cœnesthétique du malade qui devient inquiet, triste, peureux, anxieux même. Vient ensuite une cer-

[1] Roubinovitch. *Congrès de Limoges*, août 1901.

[2] V. Ch. Troubles mentaux par auto-intoxication, p. 323.

taine confusion dans les idées et les sensations. Les hallucinations ne sont pas rares. Elles sont le plus souvent de nature terrifiante et poussent le malade à se livrer à des actes de défense qui ne sont pas sans danger pour son entourage ou pour lui-même. Ces actes s'exagèrent en intensité sous l'influence de la camisole de force et d'autres moyens de coercition employés à tort en pareil cas. L'excitation hallucinatoire n'est pas continue chez le rabique : de temps en temps une éclaircie se produit, le malade retrouve la conscience parfaite de son état, se rend compte de la gravité de sa situation, prend même des dispositions en vue de sa fin qu'il croit prochaine.

Les accès d'excitation diminuent de fréquence et d'intensité avec les progrès mêmes de l'infection rabique : quand la paraplégie se déclare, une grande dépression se produit dans la sphère psychique. Vers la fin, la conscience s'obnubile totalement et le malade meurt au milieu des convulsions cloniques et toniques, de l'incontinence d'urine et de la respiration de Cheyne-Stokes.

Il est très probable que dans tous ces cas de délires temporaires des septicémies, il s'agit d'une atteinte de l'écorce cérébrale par les toxines ou les virus de ces affections, soit directement, soit indirectement, par l'intermédiaire des vaisseaux sanguins ou lymphatiques.

La connaissance de ces troubles mentaux transitoires est, comme nous l'avons déjà répété bien des fois, de la plus haute importance, surtout dans la clientèle des hôpitaux généraux : il s'agit, en effet, de ne pas commettre la grave erreur d'envoyer les malades atteints de ces troubles psychiques temporaires dans un asile d'aliénés, alors que leur place est à l'hôpital ; seulement, au lieu de laisser ces malades dans une salle, où ils troublent le repos de leurs camarades, il est indispensable d'aménager dans chaque hôpital un local spécial pour les y recevoir et les traiter pendant les quelques jours que dure leur délire. Cette réforme est demandée par la Société médicale des hôpitaux de Paris qui la considère à juste titre comme tout à fait urgente [1].

Bibliographie. — Septicémie et pyohémie. Babès (V.). La septicémie muqueuse. *Bull. Acad. de méd.*, Paris, 1897, 3 s. XXXVII 174-180. — Caramanna (G.). Sdoppiamento della personalità in segnito a setticemia. *Riv. sicula di med. e chirurg. Palermo*, 1897, IV, 1-8. — Friedländer. Neue Erfahrungen über die Anwendung von Bacteriengiften bei Psychosen. *Arch. f. Psych.*, Berlin, 1898-1899, XXXI, 931. — Statkevitch. Psychose de Korsakoff aiguë combinée à la pyohémie chez un alcoolique. *Med. Obozr.*, Moscou, 1900, L. IV, p. 477-486.

[1] V. *Bulletin de la Société méd. des Hôpitaux.* Séance du 18 janvier 1901.

Septicémie puerpérale. E. Faure. Contribution à l'étude de la folie chez les nouvelles accouchées. *Th. de Lyon,* 1890. — J.-B. Evrot. Essais de classification pathogénique des délires liés à la puerpéralité. *Th. Lyon.* — Jdanoff. Contribution à l'étiologie de la folie puerpérale. *Ann. méd. psych.*, 1893. — Menziès. Folie puerpérale. *American Journ. of Insanity*, octobre 1893.

Septicémie rabique. Roux (J.). Accidents nerveux chez les personnes mordues par un chien enragé et soumises aux inoculations pasteuriennes. *Province méd.*, Lyon. 1898, XII, 289-291.

CHAPITRE III

DÉLIRE DU COLLAPSUS

(Collaps-delirium)

Par J. ROUBINOVITCH

Nous entendons sous ce nom, les troubles psychiques qui surviennent dans les cas d'adynamie *subite* accompagnant certaines affections fébriles graves.

Pathogénie. — Comme pour le délire fébrile, de nombreuses hypothèses ont été émises pour expliquer l'apparition des accidents mentaux. Étant donné que l'adynamie subite détermine un abaissement rapide et considérable de la température, on suppose que sous l'influence de la suppression brusque de l'action stimulante de la fièvre, il se produit une modification aiguë dans la nutrition des éléments nerveux de l'écorce.

D'autre part, le collapsus se déclare généralement vers le milieu ou vers la fin de la maladie fébrile générale, c'est-à-dire à un moment où le cerveau est déjà, ou bien troublé par des conditions défectueuses de la circulation sanguine ou lymphatique, ou bien infecté par un sang dont la composition a été altérée par la maladie générale. Aussi, cette organe est-il particulièrement apte à subir l'influence de l'adynamie subite et à manifester son état de souffrance par un délire spécial.

Étiologie. — Le collaps-delirium s'observe dans la fièvre typhoïde, dans le typhus exanthématique, dans la pneumonie; c'est généralement vers la phase de la défervescence que ce grave syndrome se déclare; quelquefois aussi il se produit à la période d'état de ces affections. La tuberculose pulmonaire, la cachexie cancéreuse peuvent également s'accompagner de manifestations de cet ordre.

Les individus nerveux présentant une hérédité grave sont naturellement plus prédisposés que les autres à contracter, en pareilles conditions, le collaps-délirium.

Symptomatologie. — Sous l'influence de l'adynamie *subite* qui caractérise le collapsus, on voit la température du malade descendre au-dessous de la normale, le pouls devenir très irrégulier, fréquent et faible.

Le corps du malade est inondé d'une sueur froide, et l'organisme dans son ensemble est à l'état d'épuisement aigu. Cet état est par lui-même extrêmement grave et peut, d'un moment à l'autre, se terminer par la mort. Cependant, il arrive encore souvent qu'après quelques heures de cette situation tout à fait alarmante, le pouls se relève, se régularise, et les forces reviennent.

C'est au milieu de ces signes d'adynamie brusque et générale qu'on voit survenir de véritables troubles psychiques caractérisés par une grande confusion dans les idées, des illusions et des hallucinations de toute sorte, et une excitation motrice plus ou moins accusée.

Généralement, les phénomènes psychiques éclatent sous la forme d'un accès nocturne violent ; le malade a des soubresauts parfois assez forts pour le jeter hors de son lit, il déchire ses draps et sa chemise, il casse tout ce qui lui tombe sous la main, il pousse des cris sauvages, il grince des dents ; tout son corps s'agite à tel point qu'il faut souvent plusieurs hommes pour le maintenir.

Quand l'excitation est moins forte, les mouvements moins désordonnés, le malade marmotte des phrases dont on ne saisit que des bribes.

En prêtant attentivement l'oreille à son débit, on entend des mots ayant trait à des hallucinations visuelles ou auditives de nature terrifiante : il s'agit de monstres, d'assassins, d'enfer, d'empoisonnement. Le sujet est dans une anxiété, une terreur extrême ; il réagit, en faisant des mouvements carphologiques, en repoussant ou en essayant de frapper les personnes de son entourage qu'il ne reconnaît pas et qu'il prend pour des ennemis.

L'accès dure généralement plusieurs heures. Un calme lui succède, mais il n'est souvent qu'apparent; c'est simplement une période de dépression qui suit l'excitation de tout à l'heure, mais cette dépression s'accompagne d'illusions et d'hallucinations tristes, accablantes.

Enfin, au bout de quelques heures encore, la conscience revient, le malade retrouve son état psychique normal sans qu'il ait conservé le moindre souvenir de l'accès qu'il vient d'avoir.

Pronostic. — La gravité du pronostic du collaps-delirium est liée à celle du collapsus lui-même.

Diagnostic. — Le diagnostic généralement s'impose de lui-même.

Traitement. — Quant au traitement, il consiste dans l'emploi des moyens destinés à relever l'activité cardiaque : une injection hypodermique de caféine trouve son indication ; on peut aussi recourir à l'usage du musc, seul ou combiné avec un peu d'alcool.

Les inhalations d'oxygène, les compresses chaudes sur la tête peuvent rendre de grands services.

CHAPITRE IV

DÉLIRE AIGU

Par D. ANGLADE

(*Delirium acutum* des Allemands. — *Acute delirious Mania* des Anglais.
Delirio acuto des Italiens.)

Définition. — On entend par délire aigu, une affection particulièrement grave, caractérisée par l'association d'un délire précoce et violent aux symptômes généraux de toute maladie infectieuse; affection due, suivant toute vraisemblance, à l'action, sur un système nerveux préparé par des tares héréditaires ou acquises, de processus infectieux encore mal définis.

Ces caractères séparent le délire aigu des vésanies pures y compris la manie, dont il ne constitue pas, contrairement à ce qu'on a soutenu, la forme suraiguë. Il se distingue également, et on verra par quels caractères, des délires qui surviennent, à titre épisodique, au cours des maladies fébriles, des intoxications aiguës et chroniques.

Par son étiologie, ses symptômes psychiques ou physiques, par son évolution et son pronostic, il constitue une affection parfaitement autonome sinon une entité morbide proprement dite.

Historique. — Un syndrome aussi bruyant dans ses allures, aussi brutal dans ses effets que l'est le délire aigu, ne pouvait pas ne pas attirer l'attention des médecins qui, aux diverses époques, l'ont rencontré. Et de fait, il suffit de jeter les yeux sur les œuvres d'Hippocrate [1], de Cœlius Aurelianus [2], de Willis [3] et de Stoll [4] pour reconnaître qu'on aurait tort, en s'abstenant, comme on a conseillé de le faire, de « demander aux auteurs anciens des idées qu'ils n'avaient probablement pas sur une affection qui ne devait être dégagée que bien plus tard du groupe des frénésies [5] ». On doit se rappeler en effet qu'Hippocrate [6] a décrit une frénésie aiguë, toujours

[1] Hippocrate. In *Aphorism.* in *libr. de Prœdiction.* in *libr. III, de Morbis.* in *libr. de Died. judicator*, in *coac. prenot.* et in *lib. de Affection. sect.*, I, cap. III.

[2] Cœlius Aurelianus. *Acut. morborum*, lib., I. cap. v.

[3] Willis. *Opera omnia*, in-4°, 1681.

[4] Stoll, cité par Ball et Chambard.

[5] Ball et Chambard. Art. Délire aigu du *Diction. encyclop. des sciences médicales*, t. XXVI, p. 408.

[6] Hippocrate. *Loc. cit.*

mortelle le troisième, le cinquième et le septième jour ; que Cœlius Aurelianus[1] a tracé de cette même affection une description jugée admirable par Fodéré[2] et qui s'applique certainement au délire aigu tel que nous le connaissons aujourd'hui.

Il faut reconnaître que l'individualisation de cette affection a été l'œuvre des médecins du siècle dernier et on peut ajouter des médecins français. Aux formes aiguës de délire « qui compliquent les fièvres essentielles ou d'accès, la péripneumonie, l'hépatite et la phrénite, la goutte, l'érysipèle et l'inflammation des méninges », Fodéré opposa le premier la « frénésie exquisite ou essentielle[3] ». C'était notre délire aigu dont Calmeil[4] allait consacrer le nom en même temps qu'il en fixait la description. Depuis lors, en France, l'affection a été l'objet de travaux importants : il suffira de rappeler ceux de Lélut[5], de Judée[6] et de P. A. Moreau[7], de Brierre de Boismont[8], de Falret[9], de Thulié[10] et de Foville[11], ceux enfin de Baillarger[12]. Grâce à ces auteurs la description du délire aigu prend corps ; les faits cliniques et anatomiques s'accumulent, mais leur interprétation varie avec les observateurs. Baillarger[13] ne voit dans le syndrome qu'une forme suraiguë de la manie, et cette opinion est celle qu'expriment encore la plupart des traités didactiques. Cependant Lélut[14], Brierre de Boismont[15] et Foville[16] avaient apporté de bons arguments en faveur de l'autonomie de l'affection, que contribuèrent à établir les travaux de Ball[17], de Briand[18], de Ball et Chambard[19]. Plus récemment, G. Ballet[20] a fait classique cette manière de voir.

En Allemagne, les idées de Brierre de Boismont ne furent pas tout d'abord partagées par Griesinger[21] ; mais Schüle[22] a décrit le délire aigu comme

[1] Cœlius Aurelianus. *Loc. cit.*
[2] Fodéré. *Traité du délire*, 1817, t. II, p. 407.
[3] Fodéré. *Loc. cit.*, t. II, p. 404.
[4] Calmeil. *Traité des mal. inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 142.
[5] Lélut. *Induction sur la valeur des altérations de l'encéphale dans le délire aigu et la folie*, 1836.
[6] Judée. Du délire aigu. *Th. de Paris*, 1858.
[7] P. A. Moreau. Du délire dans la pneumonie. *Th. de Paris*, 1866.
[8] Brierre de Boismont. *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XI.
[9] Falret. *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, 1864.
[10] Thulié. *Étude sur le délire aigu sans lésions*, 1865.
[11] Foville. Art. Délire in *Dict. de méd. et de chir. pratique.*
[12] Baillarger. Quelques considérations sur la mal. décrite sous le nom de délire aigu, in *Gaz. des Hôp.*, 1864.
[13] Baillarger. *Loc. cit.*
[14] Lélut. *Loc. cit.*
[15] Brierre de Boismont. *Loc. cit.*
[16] Foville. *Loc. cit.*
[17] Ball. *Leçons sur les mal. ment.*, 1890, p. 301.
[18] Briand. Du délire aigu, 1881. *Th. de Paris.*
[19] Ball et Chambard. *Loc. cit.*
[20] G. Ballet. Art. Délire aigu du *Traité de méd. de Charcot et Bouchard*, t. VI.
[21] Griesinger. *Traité des mal. ment.* Traduct. Doumic, 1865, p. 350.
[22] Schüle. *Traité clin. des mal. ment.* Trad. Dagonet et Duhamel, 1888, p. 310.

affection spéciale ; Fürstner[1], Jensen[2], Mendel[3] et Buchholtz[4] ont fait de même. Le délire aigu a sa place dans le traité classique de Krafft-Ebing[5] et sous un nom un peu différent (collaps-delirium), dans celui de Kraepelin[6], qui en fait une psychose d'épuisement.

Les auteurs anglais admettent aussi l'existence d'un *acute delirious*[7] ; quant aux aliénistes italiens ils s'occupent surtout de l'origine et de la nature microbiennes du *delirio acuto*, dont ils ne mettent pas en doute l'individualité.

Symptômes. — « Il meurt, dit Calmeil, dans les maisons de fous, peu de temps après l'invasion du délire, un certain nombre de sujets dont l'état maladif paraît général et bien difficile à caractériser. Le malade est en proie à l'agitation la plus vive, ses membres sont continuellement en mouvement ; il parle avec volubilité et sans qu'il existe de suite, de rapport, entre les paroles qui lui échappent ; il paraît obsédé par des hallucinations ou de fausses sensations de l'ouïe, de la vue, de l'odorat ; sa figure est altérée ; ses yeux sont rouges, chassieux, extrêmement vifs ou tout à fait ternes ; il s'exhale de tout son corps une odeur repoussante ; le pouls est fréquent, la peau brûlante, la soif vive, l'expuition continuelle. Aussitôt que cet aliéné porte un liquide à ses lèvres, il le repousse avec une sorte de précipitation dont il ne peut se rendre maître. Sa langue, ses lèvres deviennent arides et fuligineuses. Enfin il succombe du cinquième au dixième jour, et l'autopsie ne donne pas l'explication de ces funestes accidents. Quelques sujets sont assez heureux pour rentrer dans les conditions ordinaires de la folie et se rétablissent plus tard. Il ne faut pas confondre cet état qu'on peut, si on le juge convenable, qualifier de *délire aigu*, avec les symptômes d'une dothiénentérie et ceux d'une phlegmasie locale intense[8]. »

Les principaux éléments du tableau clinique de l'affection figurent dans cette laconique mais remarquable description.

Le délire aigu doit être considéré comme une affection *cérébrale* de nature *infectieuse*. C'est dire que sa symptomatologie est constituée d'une part par des troubles psychiques que leur intensité et leur précocité distinguent de ceux qui s'observent épisodiquement au cours des diverses maladies aiguës, d'autre part par des signes d'infection générale qui portent à séparer le délire aigu vrai des formes aiguës ou suraiguës de la manie. Passons en revue ces diverses manifestations.

Le plus souvent, aux symptômes de début de tout état infectieux, anorexie,

[1] Fürstner. Ueber delirium acutum. *Arch. f. psych.*, t. XI, fasc. 2, 1880, p. 517.
[2] Jensen. Ueber delirium acutum. *Allg. Zeitschr. f. psych.*, t. XI, p. 617.
[3] Mendel. *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1879, 50.
[4] Buchholtz. Zur Kenntniss des Delirium acutum, etc. *Archiv. f. Psych.*, t. XX, 1888, p. 788.
[5] Krafft-Ebing. *Traité clin. de psychiatrie*. Traduct. Em. Laurent, 1897, p. 651.
[6] Kraepelin. *Psychiatrie ein Lehrbuch. f. Stud. und Aerzte*, 1899, t. II, p. 36.
[7] Bevan-Lewis. *A text-book of mental disease*. London, 1899, p. 202.
[8] Calmeil. Art. Aliénés. *Dict. en 30 vol.*, p. 186.

lassitude, céphalalgie, s'associent promptement des *troubles mentaux* qui acquièrent, en peu de temps, une grande intensité. Le désordre psychique, et c'est là une des caractéristiques de l'affection, est en effet vite à son comble : la physionomie du malade s'illumine, son regard exprime tour à tour l'angoisse, la terreur, l'extase ou la gaîté. Sur ses lèvres se succèdent et se pressent des phrases incohérentes ou des mots inarticulés, proférés d'une voix rauque et à demi voilée. Ce *langage* entrecoupé, sans signification et sans suite, exprime le trouble profond des idées. Celles-ci en effet s'éveillent en foule, se succèdent avec rapidité, comme dans la manie, se heurtent en quelque sorte et semblent sillonner l'esprit comme des éclairs. Leur extrême mobilité explique qu'il n'y ait aucune fixité dans la nature des *conceptions délirantes* du délire aigu. Les malades passent rapidement d'une idée triste à une idée gaie ; ils entendent des voix lugubres, assistent à des spectacles terrifiants, respirent des odeurs nauséabondes, perçoivent des saveurs répugnantes, ou, au contraire « croient se promener dans des jardins délicieux, respirer les suaves odeurs du jasmin et de la rose [1] ». D'habitude, pourtant, les idées tristes et les hallucinations pénibles prédominent. Il est fréquent de voir les malades en proie à des terreurs violentes, détourner le regard de quelque vision horrible, vociférer comme si quelque danger les menaçait, se croire au milieu des flammes de l'enfer, des « ténèbres, de la mort universelle, devant des ruisseaux de sang, de poison et de feu [2] ». La mobilité des conceptions délirantes exclut, on le conçoit, toute systématisation : dans quelques cas seulement, certaines préoccupations ont une fixité relative : des idées hypochondriaques, de négation ou religieuses, des idées d'empoisonnement, rarement des idées ambitieuses s'imposent à l'esprit et impriment une physionomie dominante à l'attitude des malades. Ces caractères du délire aigu n'avaient pas échappé à Fodéré : « Le malade, écrit-il, parle entre ses dents ; il a peur, il cherche à se cacher, il pleure, ou il rit, ou il se fâche ; il ne répond pas aux présents, et il adresse la parole aux absents, même aux morts, comme s'il les avait devant ses yeux. » On conçoit qu'au désordre des idées s'associe le *désordre des actes* : « Le malade, dit Fodéré, ne demande ni à boire, ni à manger ; s'il le demande, il se saisit de l'aliment avec avidité, l'avale sans le mâcher, ou le mâche sans l'avaler, le tenant dans sa bouche et le rejetant peu après ; agitation et changement continuel de place, du tronc et de la tête ; mains sans cesse occupées à tenir et à amoindrir quelque chose avec les doigts, ou portées à la tête ou devant les yeux, comme s'il voulait en ôter quelque chose, ou en détourner des nuages [3] ». Sous l'empire de ses terreurs, en effet, le patient s'agite, bondit sur son séant comme mû par un ressort, se précipite sur les personnes et contre les murs de sa chambre, déchire et brise autour de lui, rejette brusquement la nourriture, la boisson ou les médicaments qu'on lui présente. Le refus d'aliments et la *sitiophobie* qui sont habituels

[1] Ball. *Leç. clin.*, p. 78 et Ball et Chambard, art. *Délire aigu*, p. 416.
[2] Ball. *Leç. clin.*, p. 308.
[3] Fodéré, *Loc. cit.*, t. II, p. 407 et 408.

ne tiennent pas toujours à la même cause : ils sont quelquefois sous la dépendance des hallucinations et des idées d'empoisonnement ; d'autres fois ils se rattachent à l'hyperesthésie de la muqueuse des voies digestives et aux réflexes spasmodiques qu'elle provoque au premier contact des parcelles solides ou liquides. Cette hyperesthésie explique le rejet assez fréquent des aliments introduits dans l'estomac par le gavage.

Les troubles qui précèdent rappellent d'assez près, on le voit, ceux qui s'observent dans la manie, et on conçoit que le délire aigu ait été longtemps envisagé comme la forme suraiguë de la manie. Mais il se distingue de ce dernier syndrome par des caractères de premier ordre et notamment par les signes somatiques qui dès le début témoignent de son origine et de sa nature infectieuses.

La *fièvre* est constante : la température arrive rapidement à 39°, oscille entre 39° et 40°, atteint souvent 41°. Une défervescence peut précéder la mort, que suit au contraire souvent une nouvelle élévation. Le *pouls* est petit, rapide et irrégulier; l'on compte 120, 130 et jusqu'à 140 pulsations à la minute; exceptionnellement, au contraire, il se ralentit (Jensen). La *tension artérielle* s'élève; on observe quelquefois des hémorrhagies, des épistaxis, des métrorrhagies[1], dues à cet excès de tension et peut-être aussi aux altérations du sang que nous signalons plus loin. Il y a accélération des *mouvements respiratoires* qui prennent parfois le type de Cheyne-Stokes.

Les *fonctions digestives* sont profondément troublées; la muqueuse des premières voies est recouverte d'un enduit saburral; elle est sensible et ne supporte pas le contact des aliments ; la muqueuse gastrique est intolérante : de la cavité stomacale se dégagent des odeurs extrêmement fétides. Les qualités du *suc gastrique* n'ont pas été suffisamment étudiées : on a affirmé, sans preuves suffisantes, que la toxicité en est augmentée [2]. S'il est vrai que l'acidité subit des variations dans les grands états d'excitation et de dépression[3], il y a lieu de présumer que les écarts sont plus considérables encore dans la maladie qui nous occupe puisque l'agitation y est extrême.

La *constipation* est d'abord opiniâtre; puis elle fait place à une *diarrhée* abondante et fétide, symptomatique de la cachexie terminale.

Il y a aussi trouble des *sécrétions*. Les *urines* sont rares, denses, chargées de pigments, d'acide urique et surtout d'indican (Régis), pauvres en chlorures, albumineuses, propeptonuriques (Max Koppen[4]) et hypertoxiques. Buchholtz[5] y a rencontré des cylindres hyalins.

La *salive* est sécrétée plus abondamment et s'écoule par les commissures; on observe d'abord des « sueurs froides », puis la *sécrétion sudorale* se tarit ;

[1] Morselli. *Il metodo clinico nella diagnosi generale della pazzia*, 2 vol-in. 16. Milano.

[2] Agostini. *Manuale di psichiatria.* Milano, p.137.

[3] Carl von Noorden. Klinischen Untersuchungen über die Magenverdanung bei Geistes Kranken. *Archiv. für Psychiatrie*, 1887, p. 547.

[4] Max Köppen. Ueber albuminurie und propeptonurie bei psychosen. *Arch. f. Psych.*, 1888, vol. XX, p. 833.

[5] Buchholtz. *Loc. cit.*, p. 796.

la peau se dessèche. De même, au *larmoiement* du début, succède la sécheresse de la conjonctive par défaut de liquide lacrymal ; des affections oculaires telles que des conjonctivites, des kératites peuvent en résulter : Brierre de Boismont [1] en cite des exemples.

Les *fonctions motrices et sensitives* sont constamment troublées. Nous avons noté l'agitation violente qui accompagne le désordre psychique : les mouvements désordonnés ont pour conséquence la fatigue musculaire. A toutes les périodes, des mouvements convulsifs s'observent, limités à quelques muscles ou groupes de muscles, ou bien généralisés; il n'est pas rare d'assister à des attaques hystériformes [2] ou même épileptiformes. A une période avancée de la maladie les membres deviennent impuissants à soutenir le corps ; les muscles se contractent irrégulièrement ; l'incoordination apparaît, puis viennent la parésie, la paralysie et la contracture, tous symptômes qui correspondent à la dégénérescence des faisceaux musculaires observée par Buchholtz [3].

Les désordres de la sensibilité générale se traduisent par de l'hyperesthésie sensorielle, par de l'analgésie. Les malades sont insensibles aux variations de la température, aux contacts douloureux ; il y a une altération profonde de la cénesthésie qui détermine de vagues idées de négation.

Des troubles de la *réflectivité* sont notés dans quelques observations : Buchholtz [4] signale la lenteur des réactions pupillaires, l'exagération puis l'affaiblissement du réflexe patellaire [5]; ces signes sont d'ailleurs d'une recherche et d'une observation difficiles.

Marche. — La marche de l'affection est particulièrement rapide. On note, dans quelques observations [6], une période *prodromique* caractérisée par une extrême lassitude, une sensation de vide dans la tête, de la *céphalalgie*, des bourdonnements d'oreilles qui se transforment peu à peu en murmures, chants. La fin de cette période serait marquée par une loquacité anormale puis par des visions terrifiantes. Il arrive que le délire aigu complique un accès de manie ou de mélancolie anxieuse, ou même une paralysie générale ; mais il s'agit alors des formes secondaires de la maladie. Le délire aigu primitif peut éclater sans prodromes, car on ne saurait considérer comme tels l'obnubilation intellectuelle et la dépression physique qui précèdent de quelques heures l'explosion de la maladie. En vingt-quatre heures, le tableau clinique est au complet, la fièvre est apparue, le délire est général, le désordre des actes très marqué; les fonctions organiques sont entravées.

La *période d'état* a une durée variable; très courte quelquefois, elle peut se terminer dès le troisième jour par la mort ; la température dépasse 41°,

[1] Brierre de Boismont. *Loc. cit.*
[2] Régis. *Congrès de Limoges*, août 1901.
[3] Buchholtz. *Loc. cit.*, et taf. XIV.
[4] Buchholtz. *Loc. cit.*, p. 799.
[5] Buchholtz. *Loc. cit.*, p. 793.
[6] Briand. *Loc. cit.*, p. 25.

l'anurie est absolue; l'agitation incessante et très vive met obstacle à l'alimentation et épuise promptement le malade. Souvent elle est un peu plus longue ; mais, au bout de cinq ou six jours, à l'agitation fait suite le *collapsus :* le délire cesse ; il est remplacé par la stupeur avec mussitation et carphologie ; les yeux s'excavent, le nez se pince, les lèvres deviennent fuligineuses, la voix s'éteint et le malade succombe à l'épuisement aigu du cerveau. Dans d'autres cas la période d'état se prolonge davantage encore : la température se maintient pendant six à huit jours, quelquefois même plus longtemps (deux à trois semaines) aux environs de 39° ou 40° ; les idées et les actes sont très désordonnés, mais il y a de courtes rémissions qui permettent au malade de se reprendre momentanément et de s'alimenter un peu. La mort est reculée, mais dans la règle elle n'en survient pas moins. Quelquefois on voit se produire des convulsions, toniques ou cloniques, générales ou partielles, qui peuvent rappeler celles du tétanos. Ou bien l'issue fatale est amenée ou accélérée par des congestions hypostatiques du poumon ou même par une pneumonie intercurrente.

La *guérison* bien qu'exceptionnelle est possible. Elle succède d'ordinaire à une convalescence longue et pénible ; encore n'est-elle jamais complète ; le malade reste affecté d'une grande émotivité ou même d'affaiblissement mental (Krafft-Ebing[1]). Quand elle a lieu, elle s'annonce par le retour du sommeil ; la fièvre diminue progressivement, le désordre des idées et des actes s'atténue, l'alimentation redevient possible et le malade recouvre ainsi progressivement la santé, comme à la suite d'une maladie infectieuse grave, la fièvre typhoïde, par exemple.

Formes. — On a décrit deux formes au délire aigu : la forme *maniaque* et la forme *mélancolique* ; c'est la première que nous avons surtout visée dans notre description. Le désordre des idées et des actes, l'incohérence et l'agitation qui la caractérisent rappellent en effet, nous l'avons dit, les symptômes de la manie et il n'est pas surprenant qu'on en ait fait une manie suraiguë. Nous allons voir que ce rapprochement n'est cependant pas nosologiquement légitime. Quant à la forme mélancolique nous avons quelque peine à l'admettre. Nous ne pensons pas que l'on puisse considérer comme l'expression d'un état mélancolique les hallucinations terrifiantes et les conceptions pénibles qui hantent le cerveau des délirants aigus, pas plus que les tentatives de suicide qui en sont la conséquence.

En réalité, le délire aigu mélancolique, que Schüle[2] lui-même rapproche du delusional stupor de Nevington, pourrait bien n'être qu'une forme de confusion mentale avec stupidité au même titre que le délire de collapsus ou collaps-delirium de Kraepelin. On chercherait en effet vainement, dans la description de Schüle, les caractères qui différencient nettement sa forme mélancolique de délire aigu de certaines variétés de stupidité confusionnelle. Il est

[1] Krafft-Ebing. *Loc. cit.*, p. 657.

[2] Schüle. *Traité clin. des mal. ment.* Trad. Dagonet-Duhamel, 1888, p. 315.

juste de reconnaître cependant que les malades, à travers le désordre de leurs idées, ont tendance à exprimer celles qui cadrent le mieux avec la tournure habituelle de leur esprit. C'est ainsi que les uns sont plutôt gais, les autres plutôt tristes, d'autres mégalomanes, sans que la physionomie et l'attitude de chacun d'eux aient assez de fixité pour qu'on puisse édifier, sur ces variétés de physionomie, des formes diverses de l'affection.

On a encore décrit une variété *paralytique* du délire aigu. Cette forme, où prédomineraient les phénomènes de collapsus, d'algidité, de paralysie vaso-motrice consécutifs plus ou moins tardivement aux symptômes d'excitation, ne nous paraît pas avoir une physionomie clinique suffisamment précise et caractéristique pour être maintenue.

Diagnostic. — Lorsqu'on se trouve en présence d'un tableau clinique qui rappelle celui du délire aigu, il faut se souvenir que les caractères essentiels de cette affection sont constitués par la précocité du délire, la violence de l'agitation, la coïncidence de la fièvre et des signes généraux d'infection. De la sorte on évitera assez aisément de confondre cette maladie avec les délires qui se manifestent au cours de la plupart des processus infectieux, des fièvres éruptives, de l'infection puerpérale, de l'érysipèle, de la pneumonie, du rhumatisme, de la fièvre typhoïde. L'anamnèse apprend, dans tous ces cas, que le délire n'a pas été précoce et encore moins primitif, qu'il a succédé à des signes plus ou moins anciens d'infection locale ou générale. Ces signes d'ailleurs, exanthème dans les fièvres éruptives ou l'érysipèle, lésions pulmonaires dans la pneumonie, utérines dans les infections puerpérales, abdominales dans la fièvre typhoïde, contribueront à assurer le diagnostic des maladies dont ils relèvent.

Dans les méningites, simples ou tuberculeuses, le délire est moins prononcé, l'agitation moins violente que dans le délire aigu : il y a des vomissements, des troubles pupillaires, du strabisme, des paralysies et des convulsions localisées.

La paralysie générale se complique quelquefois d'un appareil symptomatique qui rappelle le tableau clinique du délire aigu : tantôt c'est au début même de l'affection que s'observent la fièvre, le délire hallucinatoire intense, suivi bientôt du collapsus et de la mort. La précocité des accidents rend le diagnostic délicat et la constatation à l'autopsie des lésions de l'encéphalite diffuse porte à se demander si on a eu affaire à une paralysie générale à évolution rapide ou à un délire aigu compliquant l'encéphalite à son début. Plus souvent, c'est au cours même de l'affection qu'apparaissent les troubles dont nous venons de parler ; il est probable alors, qu'au moins dans quelques cas, il s'agit d'un délire aigu légitime survenant chez un paralytique. Les anamnestiques et la coïncidence des divers troubles somatiques, tremblement des lèvres et de la langue, troubles de l'articulation, inégalité pupillaire, permettent de juger la situation. Quant aux accès délirants relevant de la paralysie générale elle-même et qui pourraient au début ou au cours de cette affection en imposer pour une attaque de délire aigu, ils en diffèrent par l'inten-

sité moindre de la fièvre et des hallucinations, par leur durée plus longue et leur pronostic immédiat moins grave : ils se suspendent pour faire place aux symptômes habituels à physionomie moins troublée et à évolution plus lente de l'encéphalite diffuse.

Enfin, s'il se confirme que les méningites tuberculeuses et la paralysie générale sont caractérisées par la présence constante d'éléments figurés dans le liquide céphalo-rachidien, nous verrons s'ajouter à tous les autres un moyen de diagnostic précieux. La manie, dans ses formes aiguës, peut se traduire par un désordre tel des idées et des actes qu'elle ressemble au délire aigu. Mais alors il n'y a pas de fièvre, ou tout au plus une élévation de température de quelques dixièmes de degré ; pas de sitiophobie ; les conceptions délirantes ne présentent pas le caractère terrifiant propre aux manifestations psychiques du delirium acutum ; enfin on ne constate ni l'aspect typhoïde, ni les phénomènes de collapsus propres à cette dernière affection. A la vérité on voit quelquefois les symptômes du délire aigu succéder à ceux de la manie, comme si celle-ci constituait une préparation et une condition favorable à son éclosion ; dans ce cas, la température du maniaque s'élève tout à coup ; le malade jusqu'alors expansif, devient en proie à des terreurs, l'alimentation est impossible et le collapsus ne tarde pas à apparaître. L'interprétation des faits de cet ordre est assez délicate.

Le delirium tremens d'origine alcoolique et les divers délires aigus toxiques, le delirium chloralique par exemple (G. Ballet), peuvent aussi par l'agitation, la fièvre, les hallucinations dont ils s'accompagnent simuler le délire aigu. Mais en dehors des commémoratifs, le tremblement intense de la langue et des membres, la prédominance des hallucinations visuelles permettront de faire le diagnostic.

Pronostic. — Le délire aigu est une affection grave au premier chef. La mort peut survenir avant le quatrième jour, parfois seulement au sixième ou septième ; dans les formes les moins aiguës, la maladie se prolonge jusqu'à deux ou trois septenaires, jamais plus. Elle tue trois fois sur quatre (Marcé). Quand la guérison survient, elle n'est que relative ; la convalescence est longue et pénible ; l'intelligence reste plus ou moins affaiblie. Les récidives sont d'ailleurs possibles et elles sont encore plus à redouter que la première atteinte, tant au point de vue des dangers immédiats qu'elles font courir que de leurs conséquences éloignées si la mort n'en est pas la suite.

La gravité d'un accès de délire aigu, toutes choses égales d'ailleurs, est, d'une façon générale, d'autant plus grande que la prédisposition nerveuse du sujet était plus accusée et qu'il avait été soumis à des causes plus prolongées et plus actives de débilitation physique et morale.

Étiologie. — Le délire aigu est une affection de l'*âge* moyen de la vie, d'après Krafft-Ebing[1] qui en a observé 45 cas ; on le rencontre surtout de

[1] Krafft-Ebing. *Loc. cit.*, p. 652.

ving-cinq à quarante-cinq ans. La *femme* y serait plus exposée que l'*homme* (Krafft-Ebing) ; Ball et Chambard [1], à la vérité, sont d'un avis contraire.

L'affection ne frappe que rarement les individus indemnes de tare névropathique. Le plus souvent, les malades qui en sont atteints, ont une hérédité plus ou moins lourde, hérédité rarement vésanique, presque toujours nerveuse. Il n'est pas rare, d'ailleurs, de trouver, dans leurs antécédents personnels, des tares qui révèlent cette hérédité : bizarreries de caractère, singularités de conduite, crises antérieures d'hystérie, d'épilepsie, de chorée.

Quelquefois, avons-nous dit, c'est au cours ou à la suite d'une psychose d'autre nature (accès de manie, de mélancolie, de confusion mentale, de folie périodique), que le délire aigu se développe.

Les causes qui débilitent ou anémient l'organisme semblent favoriser son apparition ; ainsi agissent la menstruation (Baillarger), les suites de couches, les métrorrhagies (Morselli). Au dire de Thulié l'anémie cérébrale serait de règle dans le délire aigu. S'il est vrai que le rétrécissement du canal jugulaire (Hertz [2]) se rencontre souvent chez les individus qui succombent à cette affection, il faudrait peut-être expliquer son rôle par le trouble qu'il apporte à la circulation de l'encéphale.

Les causes morales, les chagrins, les émotions tristes, les fatigues intellectuelles et physiques, les excès de tous genres, particulièrement les excès vénériens, les mauvaises conditions hygiéniques de l'alimentation et de l'habitation ont aussi leur importance étiologique. Il faut enfin signaler les traumatismes craniens, les maladies aiguës (fièvres et phlegmasies, particulièrement la pneumonie).

Nous avons déjà indiqué que quelquefois le délire aigu venait compliquer la paralysie générale à son début ou au cours de son évolution.

Toutes ces circonstances, où ces affections semblent agir en affaiblissant la résistance cérébrale, transforment le cerveau en une sorte de *locus minoris resistentiæ* sur lequel ont, dès lors, une prise plus grande les divers agents toxi-infectieux auxquels, nous allons le voir, on attribue la genèse du délire aigu.

Anatomie pathologique et pathogénie. — Nature. — A l'autopsie des malades morts de délire aigu, on rencontre quelquefois des lésions *macroscopiques*.

La congestion des vaisseaux et la surabondance de liquide arachnoïdien sont la règle. La dure-mère est hypérémiée et comme distendue par l'augmentation de volume du cerveau ; les vaisseaux de la pie-mère sont gorgés de sang, particulièrement au voisinage de la scissure de Sylvius ; autour des fines artérioles, il y a souvent de petites suffusions sanguines ; les espaces sous-arachnoïdiens sont distendus. La substance grise est hypérémiée et la pie-mère s'en sépare aisément, découvrant un fin piqueté vasculaire, qui

[1] B. Ball et Chambard. *Loc. cit.*, p. 412.

[2] Hertz. Du rétrécissement du canal jugulaire comme cause du délire aigu. *Ann. médico-psychol.*, t. VI, 1871.

apparaît aussi à la coupe, au niveau surtout des couches moyenne et profonde de l'écorce. La congestion de la substance nerveuse présente parfois une teinte améthyste ou hortensia sur laquelle Calmeil a appelé l'attention.

Le processus peut quelquefois dépasser la phase hypérémique; l'on trouve alors des lésions de nature phlegmasique : traînées blanches périvasculaires le long des vaisseaux de la pie-mère, adhérences par places de cette membrane à l'écorce sous-jacente.

Dans certains cas au contraire, l'examen le plus attentif du cerveau ne permet de constater, à l'œil nu, aucune altération. Ce sont les faits de cet ordre que Thulié avait visés dans son travail sur le délire aigu *sans lésions*. Cet auteur pense que, dans ces cas, les troubles seraient attribuables à l'*anémie cérébrale*. L'hypothèse n'est pas admissible.

L'examen microscopique révèle en effet des lésions, même quand l'observation macroscopique n'en décèle pas. Calmeil avait déjà signalé l'accumulation de corps granuleux entre les parois des vaisseaux ou à leur pourtour. Gottfried Jehn [1], avec une technique moins imparfaite, a trouvé, le long des vaisseaux, des granulations pigmentaires, des noyaux ronds et granuleux ; il a noté l'augmentation des noyaux de la névroglie, la déformation et la dégénérescence granuleuse des cellules, enfin la présence de gouttelettes graisseuses nombreuses dans le champ du microscope. Il a, en même temps, constaté du côté de la moelle des altérations des cordons postérieurs (cellules granuleuses, modifications de volume des tubes). Dans ces derniers temps, l'application à l'histologie pathologique du délire aigu des procédés de coloration récents, a permis de relever des altérations plus délicates encore. Dans un cas, Hoch [2] a vu, à l'aide de la méthode de Nissl, une chromatolyse très accusée des cellules de l'écorce : les grains chromatiques avaient complètement disparu dans le corps et les prolongements cellulaires ; le noyau était diminué, ovale ou triangulaire, dépourvu de membrane ; le nucléole était élargi. Dans trois cas, A. Cristiani [3] a également observé de la chromatolyse périphérique ou totale qu'il a trouvée d'ailleurs non seulement dans les cellules de l'écorce mais aussi dans celles du cervelet, du bulbe, des noyaux des nerfs craniens ou des nerfs rachidiens. De plus, la méthode de Golgi lui a permis de voir l'atrophie variqueuse, l'état moniliforme des prolongements. Ces lésions, au dire de Cristiani, contrastaient avec l'intégrité des vaisseaux et de la névroglie. Nous verrons ce qu'il faut penser de l'intégrité de la névroglie ; celle des vaisseaux n'est pas admise par Joukowski [4]. Cet auteur croit que l'altération vasculaire est primitive et que l'élément nerveux est secondairement atteint.

[1] Gottfried Jehn. Beitrage zur pathologischen Anatomie Acuter Delirien, in *Arch. für Psychiatrie*, 1878, t. VIII, p. 594.

[2] Hoch. Modifications des cellules nerveuses de l'écorce cérébrale dans un cas de délire aigu et dans un cas de delirium tremens. *Americ. Journ. of insanity*, avril 1898, vol. LIV, p. 589.

[3] Cristiani (de Lucques). L'anatomia pathologica e la patogenesi del delirio acuto. *Ann. di freniatria*, vol. IX, fasc. 1, 37-50, avril 1899.

[4] Joukowski. *Conf. de la clinique neuro-psycho. de Saint-Pétersbourg*. Séance du 27 novembre 1897.

Contre cette manière de voir on peut invoquer les faits dans lesquels il y a altérations cellulaires sans lésions vasculaires.

Que la lésion cellulaire soit primitive ou secondaire, un fait certain c'est qu'elle existe. Nous avons nous-même, dans deux cas, constaté de la chromatolyse avec lésions destructives de la trame achromatique, migration et déformation du noyau, etc. Il y avait aussi et surtout hyperplasie névroglique.

La névroglie, cela ne nous semble pas douteux, réagit, dans le délire aigu, par prolifération autour des vaisseaux, dans la couche moléculaire de l'écorce et dans la couche sous-jacente aux épithéliums ventriculaires. Nous avons vu les noyaux se multiplier et le réseau fibrillaire se faire plus dense autour de quelques groupes de cellules pyramidales, bulbaires et radiculaires antérieures, dans les faisceaux blancs postérieurs et latéraux de la moelle. Ce sont des faits ; nous les interprêterons un peu plus loin.

La symptomatologie et l'anatomie pathologique du délire aigu devaient faire soupçonner son origine infectieuse. Il est plus difficile de préciser la nature et le mécanisme de cette infection.

Briand avait noté que les globules sanguins diminuent de nombre dans le délire aigu, qu'ils perdent leur hémoglobine et leur résistance à l'action de l'alcool. On a accusé, prématurément peut-être, les microbes de produire ces altérations du sang. Il est vrai que Briand et Malassez [1] avaient vu dans le sang, des zooglées, des bacilles minces et courts et une variété de coccus ; que Rezzonico [2] avait observé des embolies dues à des microcoques dans les vaisseaux de l'encéphale ; mais par contre, Buchholtz n'avait pas obtenu des cultures par l'ensemencement sur divers milieux et se bornait à signaler la présence de colonies de microcoques dans les coupes histologiques.

Avec Bianchi et Piccinino [3], il semble que le rôle des microbes va se préciser. Un bacille spécial est découvert dans le sang de malades atteints de délire aigu. Ce bacille, qui s'isole et se cultive, ne se rencontre pas dans les cas de délire secondaire simulant mais ne réalisant pas le délire aigu vrai.

La réalité de l'existence d'un bacille spécifique du délire aigu a été sérieusement contestée même en Italie. Rasori [4] et Ceni [5], Martinotti [6] et Potts [7],

[1] Briand et Malassez. De la présence des bactéries dans le sang des mal. atteints de délire aigu. *Soc. méd. psychol.*, séance du 31 mars 1884. *Ann. méd. psych.*, juillet 1884, t. XII, p. 103, 104.

[2] Rezzonico. *Arch. ital. per le mal. nerv.*, 1884, XXI. Contributo all'anatomia patologica del delirio acuto.

[3] Bianchi et Piccinino. Sulla origine infettiva d'una forma di delirio acuto. *Ann. di Nevrol.* 1893, XI.

[4] Rasori. Contributo a la patogenesi e all'etiologia del delirio acuto. *Riforma medica*, 1893.

[5] Ceni. Ricerche batteriologiche del delirio acuto. *Riv. sp. di frenia.*, vol., XXIII, 1897, p. 796.

[6] Martinotti. Sulla presenza di corpi di Russel nella corteccia cerebrale e nelle meningi. *Id.* Contributo all'etiologia ed alla patogenesi delle contrazioni musculari cloniche in alcuni casi di malattia mentale. *Ann. di fren., d. M. di. Torino*, 1895-96.

[7] Potts. A case of acute delirium with autopsy and bacteriological examination on cerebro-spinal fluid. *Rev. Neurol.*, 1894.

Cabitto[1], Urbano Alessi[2] ont constaté dans le sang des bacilles autres que celui de Bianchi, pathogènes ou non, mais dépourvus en tout cas de caractère spécifique, comme les staphylocoques et les streptocoques. Cabitto[3], dans 5 cas où le diagnostic de délire aigu ne pouvait laisser aucun doute, a vu le sang indemne de toute infection microbienne. Malgré tout, Bianchi[4] a affirmé récemment encore, la spécificité du bacille qui porte son nom et dont la présence, assure-t-il, serait constante dans le sang des malades atteints des formes graves du délire aigu. Il faut avouer que cette opinion a trouvé peu de partisans parmi les aliénistes français qui, tout dernièrement, se sont occupés spécialement du délire aigu[5].

Aussi bien peut-on considérer cette affection comme une maladie définie, toujours identique à elle-même quant à sa cause, et constamment sous la dépendance d'un même agent infectieux? C'est ce qu'en l'état actuel des choses, on ne saurait dire. L'opinion, à laquelle se rattachent divers auteurs (Mendel, Jolly, Schüle), de la multiplicité des conditions pathogéniques du délire aigu, qui constituerait un simple syndrome dont les conditions productrices seraient diverses, n'est pas inadmissible.

Quoi qu'il en soit, que le délire aigu soit envisagé comme une affection spécifique ou non, il n'en est pas moins établi aujourd'hui qu'il doit être considéré comme de nature infectieuse. La rapidité et la gravité de son évolution résultent de l'envahissement du système nerveux par des agents toxi-infectieux, dont l'action, secondée par les causes prédisposantes sur l'importance desquelles nous avons insisté, aboutit, après une phase d'excitation, à la sidération de ce système.

Ces agents toxi-infectieux sont apportés par les vaisseaux, et le premier élément qu'ils rencontrent, c'est la névroglie; élément sensible entre tous, qui réagit par la prolifération nucléaire et fibrillaire. Et l'irritation corticale d'abord, la déchéance cellulaire ensuite, résultent peut-être de cette hyperplasie précoce. C'est une hypothèse que l'histologie pathologique ne réprouve pas.

Au surplus la conception de la nature infectieuse du délire aigu trouve sa démonstration non seulement dans la symptomatologie, dans la physionomie générale de l'affection, dans l'étude histologique du système nerveux, mais encore dans la diffusion des lésions viscérales que détermine souvent le délire aigu. On relève en effet chez les malades qui succombent, en dehors des altérations cérébrales, des lésions des divers parenchymes et des divers organes

[1] Cabitto. Sull'esame batteriologico del sangue nel delirio acuto. *Riv. di patol. nerv. e ment.*, vol. I, fasc. 2, 1896.

[2] Urbano Alessi. Interno alla patogenesi del delirio acuto. *Riforma medica*, an XV, vol. III, nos 54 et 55, p. 639 et 651. 2 et 4 septembre 1899.

[3] Cabitto. *Loc. cit.*

[4] Bianchi. Origine infectieuse du délire aigu. *R. Academia medica di Napoli*, séance du 11 juin 1899, et Bianchi et Piccinino. Sulla origine infettiva del delirio acuto. *Annali di neurol.*, 1899, fasc. 1-2, p. 5-16.

[5] *Congrès de Limoges*, août 1901. Rapport de Carrier (de Lyon).

analogues à celles qu'on a l'habitude d'observer dans les infections graves : la coloration rougeâtre de la membrane interne de l'aorte (Briand), l'hyperémie des reins, des poumons ; des dégénérescences hépatiques. Ceni [1] a vu l'endocarde infiltré de cellules jeunes et recouvert de fausses membranes sur la coupe desquelles les staphylocoques étaient nombreux. Furstner [2], Buchholtz [3] ont décrit la dégénérescence cireuse des muscles analogue à celle qui se rencontre dans la fièvre typhoïde.

Traitement. — Les malades affectés de délire aigu doivent être, cela va sans dire, maintenus au lit, autant que possible dans une chambre bien aérée et spacieuse, sous la surveillance d'infirmiers attentifs et intelligents. Les moyens de contention seront soigneusement proscrits et c'est au personnel qui entoure le patient qu'incombera la tâche de surveiller les mouvements.

Le malade sera mis à l'abri de la lumière vive et du bruit.

On évitera de recourir aux médications débilitantes et on se gardera de prescrire la saignée, qui fut autrefois très en honneur dans le traitement de la phrénésie, et contre laquelle protestaient déjà Asclépiade [4] et plus tard Stoll [5].

A la période d'excitation on utilisera les propriétés à la fois calmantes, toniques et antipyrétiques des pratiques hydrothérapiques. On recourra de préférence aux bains tempérés (de 28 à 30°) courts, d'un quart d'heure à une demie-heure de durée, souvent répétés suivant le degré de la fièvre. On les préfèrera aux bains chauds prolongés, conseillés par Brierre de Boismont, et au drap mouillé, recommandé par Magnan [6], mais qui a l'inconvénient d'exposer aux complications pulmonaires. On se trouvera bien de maintenir sur la tête du malade une vessie de glace. On sera sobre de calmants médicamenteux : les bromures sont en général inefficaces et le chloral souvent dangereux (Schüle). Le sulfate de Duboisine, le chlorhydrate d'hyoscine, qui sont des sédatifs de l'agitation musculaire, sont aussi à redouter.

Les sels de quinine, le chlorhydrate notamment, en injection sous-cutanée, ont au contraire une action souvent favorable comme agents antipyrétiques et antiseptiques. Afin d'atténuer l'infection et les auto-intoxications qui s'y surajoutent, on pourra utiliser avec profit le lavage de l'estomac et de l'intestin. A. Marro [7] considère le premier comme très profitable. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que dans l'emploi de ces moyens, on doit éviter la contrainte violente qui est particulièrement redoutable chez les délirants aigus.

Peut-être dans quelques cas, où la streptococcie semble entrer en jeu, les

[1] Ceni. *Loc. cit.*, et taf. XI.
[2] Furstner. *Arch. für Psychiat.*, B. XI, Heft. 2, p. 513.
[3] Buchholtz. *Loc. cit.*, et taf. XIV, fig. 1, 2, 3, 4, 5 et 6.
[4] Asclépiade, cité par Fodéré. *Loc. cit.*, t. II, p. 410.
[5] Stoll. *Id.*
[6] Magnan. *Leç. clin.*, 1893, p. 419.
[7] A. Marro. Le traitement du délire aigu par le lavage de l'estomac. *Congr. ital. de méd. int. de Turin*, octobre 1898, in *Annal. di frenatria*, décembre 1898, p. 345.

injections de sérum antistreptococcique pourraient-elles être de quelque utilité.

A la période de dépression, on s'efforcera de stimuler le système nerveux au moyen des sinapismes, de la révulsion cutanée, des injections hypodermiques de sérum artificiel, de caféine.

A toutes les périodes on veillera à assurer l'alimentation qui d'habitude, nous le savons, se fait avec une grande difficulté; on la choisira forte et tonique sans être excitante : le lait, les œufs, le jus de viande en formeront la base. On l'administrera directement par la bouche si c'est possible, soit en donnant la cuillère au malade, soit en lui versant doucement le liquide entre les lèvres après lui avoir serré le nez ; ou bien on fera, d'après le procédé de Fernet, pénétrer les aliments par le nez en les y versant doucement au moyen de la cuillère ou d'une cafetière munie d'un bec. Il faut autant que possible éviter le cathétérisme, nasal ou buccal, à cause de la résistance et des efforts qu'il provoque chez les malades agités et qu'il faut plus qu'ailleurs éviter dans le délire aigu.

Si l'affection se termine par la guérison, la tâche du médecin ne finit pas avec l'établissement de la convalescence. Il doit veiller au retour des facultés qui restent souvent, nous l'avons vu, torpides et engourdies, à la suite de la maladie. Il a alors à prescrire des exercices progressifs et quotidiens qui aident le malade à se ressaisir, à retrouver les notions et les souvenirs disparus, à réassocier ses idées, bref à refaire son éducation psychique.

CHAPITRE V

CONFUSION MENTALE[1]

Par D. ANGLADE

Démence aiguë (Esquirol). — *Stupidité, stupeur* (Georget, Ferrus, Dagonet). — *Confusion hallucinatoire* (Delasiauve). — *Torpeur cérébrale* (Ball). — *Hallucinatorischer Wahnsinn* (Krafft-Ebing). — *Amentia* (Meynert-Serbsky). — *Mania hallucinatoria* (Mendel). — *Acute confusional Insanity* (Conolly Norman). — *Paranoia dissociativa* (Ziehen).

Définition. — La confusion mentale est un syndrome qui, d'ordinaire, se développe primitivement sous l'influence des intoxications et des infections (confusion mentale *primitive*) mais qui peut aussi compliquer, à titre de manifestation *secondaire* et accessoire, d'autres affections mentales (manie, épilepsie, délire alcoolique, affections cérébrales organiques).

Elle se caractérise essentiellement par la confusion des idées qui peut aller jusqu'à l'état de stupidité, par l'impossibilité de coordonner ces dernières et aussi d'associer les sensations de façon à réaliser une perception correcte et nette du monde extérieur; accessoirement sur ce fond constant d'impuissance cérébrale et de dissociation des idées, se développent d'autres troubles (réactions physiques, manifestations délirantes et hallucinatoires) dont la physionomie variable concourt à imprimer à la symptomatologie de la confusion mentale des aspects très différents les uns des autres.

« Les états de confusion mentale ne doivent pas être confondus avec les états maniaques ou mélancoliques auxquels ils ressemblent quelquefois par leur physionomie clinique extérieure : dans la manie, il y a suractivité des opérations cérébrales; dans la mélancolie, le trouble fondamental est d'ordre émotionnel, c'est la tristesse avec dépression et idées délirantes secondaires, hypochondriaques, de culpabilité ou de ruine; dans la confusion mentale, comme l'a fort bien dit Delasiauve, il y a torpeur intellectuelle, absence plus ou moins absolue d'idées; l'exercice de la pensée est entravé ou aboli. » (G. Ballet).

Historique. — La stupidité, qui n'est que le degré le plus accusé de la con-

[1] Bien que le syndrome *confusion mentale* puisse survenir en dehors de l'infection, au cours de certaines auto-intoxications par exemple, nous avons cru devoir le faire figurer à la suite des troubles mentaux d'origine toxi-infectieuse, car il reconnaît le plus ordinairement cette origine.

fusion mentale, était déjà connue des médecins égyptiens; au dire de Prosper Alpin[1]. Félix Plater[2] l'observa et la décrivit, sous les noms de *Hébétudo*, *Mentis consternatio*. Mais, l'histoire de la confusion mentale ne commence véritablement qu'avec notre siècle. Avant Pinel et Esquirol, la stupidité, comme d'ailleurs tous les états confusionnels, était rattachée à la mélancolie; Pinel[3] en fit une forme d'idiotisme; Esquirol[4], une sorte de démence aiguë. Ainsi que le fait justement remarquer Sauze[5], « c'était une chose fâcheuse de « confondre, avec l'idiotisme et la démence, une maladie qui offre les plus « grandes chances de guérison ». Tout au moins c'était un progrès de la différencier de la mélancolie. Georget[6] et Etoc Demazy[7] assignèrent à la stupidité des caractères précis : la suspension des facultés cérébrales, la confusion des idées, l'obtusion de l'intelligence, et Ferrus la définit : « l'abolition ou plutôt la suppression rapide, apyrétique et curable de toutes les facultés cérébrales[8] ». Dès lors, la confusion mentale sembla avoir conquis droit de cité en pathologie mentale. Toutefois Baillarger[9], fit reculer la question. Il soutint que la stupidité est une forme aiguë de la mélancolie, et que l'intelligence n'est pas suspendue chez le stupide qui présenterait même un délire très actif. On s'en rapporta, au moins chez nous, à Baillarger, et la démence aiguë d'Esquirol, la stupidité de Georget, disparurent bientôt des classifications.

Delasiauve[10] toutefois protesta contre cette manière de voir; le premier il décrivit la *confusion mentale*, qui comprenait la stupidité et la démence aiguë. Bien qu'il eût raison d'appeler l'attention sur un syndrome qui est certainement très différent de la mélancolie, il ne fut pas entendu. Les cas qu'il visait continuèrent à être rapportés pour le plus grand nombre à la lypémanie, et quelques-uns furent plus tard rangés dans le groupe complexe et un peu confus des folies de dégénérescence.

Mais tandis que les aliénistes français rejetaient de leurs classifications un syndrome qu'ils avaient été pourtant les premiers à décrire, la confusion mentale était admise à l'étranger.

En Allemagne, Griesinger[11] prenait soin de distinguer la stupidité de la mélancolie avec stupeur. Et à sa suite, les auteurs décrivaient, sous des noms

[1] Prosper Alpin. *De medicina Ægyptiorum*, 1553.

[2] F. Plateri. Praxeos medicœ, 1736, liv. I, ch. 2.

[3] Ph. Pinel. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. An. IX, p. 168.

[4] Esquirol. Art. Démence du *Dict. en* 60 *vol.* Paris, 1814, p. 292. Et *Mal. ment.*, t. II, p. 64.

[5] Sauze. De la stupidité, de sa nature psychologique et de son traitement. *Th. de Paris*, 1852.

[6] Georget. *De la Folie*. Paris, 1820, p. 115.

[7] Etoc Demazy. *La stupidité considérée chez les aliénés*.

[8] Ferrus. Leçons cliniques de Bicêtre. An. 1836-37-38. *Gaz. des Hôpit.*

[9] Baillarger. De l'état désigné chez les aliénés sous le nom de stupidité. *An. méd. psych.*, 1843, t. I, p. 76.

[10] Delasiauve. Du diagnostic différentiel de la lypémanie. *An. méd. psych.*, 1851, t. III, p. 380.

[11] Griesinger. *Traité des maladies mentales*, 1865, p. 291.

divers sans doute suivant la modalité symptomatique qu'elle revêtait, mais décrivaient l'affection si nettement entrevue par Delasiauve; c'est ainsi que Kahlbaum[1] désignait sous le nom de *catatonie* une forme de confusion compliquée de phénomènes catatoniques, que d'autres formes caractérisées par l'organisation d'un délire sur un fonds de confusion mentale devenaient l'*Acute Verrücktheit* de Westphal[2] et l'*Acute paranoia* de Mendel[3]. C'est encore à la confusion mentale que se rapportent les types que Meynert[4] et Mayser[5] qualifiaient de *Wahnsinn*, que Wille[6] et Kraepelin[7] appelaient *Acute Verwirtheit*, Konrad[8] *Acute Verworrenheit*, Meynert[9], *Amentia*.

Cette terminologie multiple et mal assise traduit les hésitations des observateurs en présence d'une affection mentale dont les manifestations varient d'un sujet à l'autre et, suivant les moments, chez le même sujet. Mais au fond ce qui rapproche l'*Acute Verrücktheit* de Westphal, de l'*Acute Verwirtheit* de Kraepelin, de l'*Amentia* de Meynert et même de la *Delusional insanity* des anglais[10] c'est dans tous les cas un fonds commun de confusion mentale.

Ce fonds commun est précisément ce qui caractérise le type nosographique. Ainsi l'avait compris Delasiauve, ainsi l'a compris Chaslin qui a eu le mérite de rappeler chez nous l'attention sur la *confusion mentale primitive*. Le syndrome a retrouvé dans nos classifications la place qu'il aurait dû y garder et qu'ont contribué à lui rendre avec les travaux de Chaslin[11], ceux de Séglas[12], de G. Ballet[13], de Régis[14], de Toulouse[15], de Marandon de Montyel[16]; son autonomie est aujourd'hui généralement reconnue en Italie notamment, où l'on tend à substituer au terme d'*Amenza confusionale*, emprunté à Meynert, celui de *confusione mentale*[17], essentiellement français.

Il convient d'ajouter que si l'on ne conteste plus la personnalité du syn-

[1] Kahlbaum. *Die Katatonie*. Berlin, 1874. Et *Interm. des Neurol. et Alién.*, 10 janvier 1899.

[2] Westphal. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, vol. XXXIV, p. 252.

[3] Mendel. *Eulenburg's Encyclopedie*, die Paranoïa, novembre 1883.

[4] Meynert. Die acuten hallucinatorischen Formen des Wahnsinns und ihr Verlauf. *Allgem. Zeitsch. f. Psych.*, XXXVIII, p. 463.

[5] Mayser. Zum sogen. hallucinator. Wahnsinn. *Allg. Zeit. f. Psy.*, XLII, 1.

[6] Wille. Die Lehre von der Verwirtheit. *Arch. f. Psych.*, 1888. Bd., XIX, 2 heft.

[7] Kraepelin. Die acute Verwirtheit. *Klinische psychi.*, t. II, 6e édit., 1899, p. 37.

[8] Konrad. Zur Lehre von der acuten hallucinator. Verworrenheit. *Arch. f. Psy.*, XVI, 2. p. 522.

[9] Meynert. *Leçons cliniques*, p. 29 de la trad. ital. par Ott. Pieraccini et Clod. Bonfigli.

[10] H. Tuke and Bucknill. *A Manual of Psychological medicine*, 4e édit.

[11] Chaslin. *La confusion mentale primitive. Stupidité, démence aiguë, stupeur primitive.* Paris, 1 vol. Asselin et Houzeau, 1895.

[12] Séglas. *Leçons cliniques*, 1895, 6e et 7e leçons et *communic. diverses.*

[13] G. Ballet. Psychoses puerpérales. *Leçons cliniques*. Doin, édit.. Paris, 1897. 6e et 7e leçons. — Communic. diverses. — Art. Conf. mentale. *Traité de médecine*, etc.

[14] Régis. *Manuel de méd. ment.*, 2e édit. et commun. diverses.

[15] Toulouse. Psychoses post-influenziques et post-fébriles. La confusion mentale. *Gaz. des Hôp.*, 30 mai 1893.

[16] Marandon de Montyel. La stupidité de Georget. *Gaz. hebd.*, avril 1897. Confusion ment. prim. et second. *Gaz. des Hôp.*, 27 novembre, 2 et 7 décembre 1897.

[17] F. Del Greco. Sulle varie forme die Confusione mentale. *Il Manicomio moderno*, 1897. p. 241, et 1898, p. 3 (180 p.).

drome on n'est pas d'accord quand il s'agit de lui assigner sa place dans la classification. Pour Schüle[1], il constitue une psychose des cerveaux « invalides », pour Kraepelin[2] une psychose d'épuisement (*Erschopfungsirresein*); Lewis[3] le range dans les *States of mental enfeeblement;* tandis que Krafft-Ebing[4] n'hésite pas à en faire une psychonévrose au même titre que la manie et la mélancolie. La vérité est peut être entre ces opinions extrêmes. Le confusionnel n'est, à nos yeux, ni un vésanique pur, ni un malade chez lequel il y aurait simple intoxication ou simple épuisement du cerveau : son affection, ainsi que nous essaierons de le montrer plus loin, tient à la fois de la psychonévrose et de l'infection cérébrale.

Étiologie.—La confusion mentale est une maladie de tous les âges. Trenel[5] l'a observée chez une fillette de neuf ans; elle paraît plus fréquente de vingt à trente-cinq ans. Elle est plus commune chez la femme, sans doute parce que la puerpéralité lui fournit, nous le verrons, un apport étiologique considérable.

La prédisposition fait rarement défaut. On s'est trop hâté, suivant nous, de la reléguer à l'arrière-plan et c'est avec raison, nous semble-t-il, que les auteurs italiens s'attachent à démontrer son importance. L'hérédité a été constatée par Ziehen[6] 13 fois sur 25 cas. Parmi les parents des confusionnels, on trouve des maniaques, des mélancoliques, des persécutés, des névrosés ou simplement des nerveux. On peut se convaincre, en lisant les observations de confusion mentale, que la nature de la tare héréditaire influe sur les allures de l'affection; notons le fait en passant, nous aurons à le rappeler. Si le terrain n'est pas préparé par l'hérédité, il l'est souvent par le passé du sujet lui-même : le rachitisme, les maladies graves de l'enfance ou de l'adolescence, par leur action débilitante sur le système nerveux, développent un état névropathique ou psychopathique éminemment favorable à l'éclosion de la maladie confusionnelle. A ces causes débilitantes, admises par Meynert[7] et presque tous les auteurs allemands, il faut ajouter les excès et les fatigues de toute nature, les préoccupations morales ou matérielles. En somme, le terrain sur lequel évolue la confusion mentale ne diffère, de celui des psychonévroses, que par la part plus restreinte qui y revient à l'hérédité.

En revanche, les causes occasionnelles sont toujours importantes. Une émotion violente, une frayeur vive peuvent déterminer la confusion mentale; de même les traumatismes, les opérations chirurgicales[8], etc. Ces causes,

[1] Schüle. *Traité des maladies mentales*, p. 198.

[2] Kraepelin. *Klin. psy.*, p. 30 de la 6e édit., 1899.

[3] W. Bevan-Lewis. *A Text-Book of mental diseases*, etc. London, 1899, 2e édit., p. 220.

[4] Krafft-Ebing. *Traité clin. de psych.*, 5e édit, 1897, trad, Laurent, p. 400.

[5] Trénel. Confusion mentale primitive à forme stuporeuse chez une fillette de neuf ans. *Normandie médicale*, 1897 (2 fig. 12 p.).

[6] Ziehen. Voy. Chaslin. *La confusion ment.* prim., etc., p. 197.

[7] Meynert. *Loc. cit.*, p. 102.

[8] Fenayrou. Relation d'un cas de confusion mentale post-opératoire. *Arch. de Neurol.*, 1899, vol. VIII, n° 46, p. 257.

banales toutefois, ne méritent guère de nous arrêter. Il n'en est pas de même des auto-intoxications et des infections, qui jouent un rôle prépondérant dans la genèse du syndrome.

L'auto-intoxication provient assez souvent d'un désordre des fonctions gastro-intestinales. « Si l'on examine avec soin les malades, écrit Wagner[1], on peut constater l'existence antérieure de troubles gastro-intestinaux, l'alternance de la diarrhée et de la constipation. » Cette constipation, devient une cause d'empoisonnement aigu, dont le mécanisme a été indiqué par Feyat[2]; un accès de confusion mentale peut en résulter : les observations d'Hutchinson[3], de Séglas[4], de Bridger[5], de Jacobson[6], de Régis[7] en font foi.

L'intoxication de l'économie, quelle qu'en soit la source, se révèle parfois par l'accumulation de substances toxiques dans l'urine : dans un fait de G. Ballet[8], celle-ci contenait une ptomaïne très toxique dont on ne peut dire à la vérité si elle a été la cause ou l'effet de la maladie. Nous ne savons pas davantage si les formes de confusion mentale qui s'observent à la suite des accidents éclamptiques sont rattachables à la présence de l'albumine dans les urines; Régis[9] se croit en droit d'affirmer qu'elles seraient dues à l'auto-intoxication productrice de l'éclampsie, sans pouvoir cependant préciser la nature de cette auto-intoxication. C'est à une pathogénie analogue, c'est-à-dire à l'empoisonnement de l'économie par l'accumulation de toxines fabriquées en excès ou insuffisamment éliminées qu'il faut rattacher les cas de confusion observés dans les maladies du foie (Charrin), dans les lésions du rein (Dieulafoy), à l'époque et sous l'influence de la ménopause (Beyer)[10] ou chez les individus affectés d'eczéma chronique ou de psoriasis et chez lesquels les manifestations cutanées alternent ou coïncident avec les troubles mentaux. La confusion mentale résulte moins souvent des intoxications exogènes que des endogènes : cependant la psychose polynévritique alcoolique lui emprunte quelquefois sa physionomie.

Les infections tiennent une place à part et de première importance dans l'étiologie de la « démence aiguë ». On l'observe au cours et à la suite de la fièvre typhoïde, tantôt bénigne et temporaire, plus souvent grave et durable sous forme de stupidité (Ritti[11], Régis[12]).

[1] Wagner. Psychoses reposant sur un fonds d'auto-intoxication gastro-intestinale (*Wiener klin Woch.*, 1896).

[2] Feyat. Constipation chez les aliénés et phénomènes toxiques qu'elle provoque. *Th. de Lyon*, 1890.

[3] Hutchinson. Folie aiguë résultant d'une constipation excessive. *American Journ. of Insanity*, 1886.

[4] Séglas. *Congrès des aliénistes français de la Rochelle*, 1893.

[5] Bridger. Délires résultant de l'accumulation intestinale. *British med. Journal*, 1886.

[6] Jacobson. Sur les psychoses auto-toxiques. *Allg. Zeitsch. für Psych.*, 1894, LI, p. 379.

[7] Régis. Auto-intoxications et délires. Extrait des *Archives cliniques de Bordeaux*, 1899, p. 36.

[8] G. Ballet. *Loc. cit.*, et Ballet et Bordas. Cong. La Rochelle, p. 340.

[9] Régis. La psychose post-éclamptique. *Rev. de Gynécol., et d'obstétr.* Bordeaux, 1899, p. 14.

[10] Beyer. *Arch für Psychiatrie*. B. XXIX, fasc. I, 1896.

[11] Ritti. *Dict. Encycl. des sciences méd.*, Art. Stupidité, p. 465.

[12] Régis. *L'Encéphale*, 1881 nº 3, p. 457.

Elle survient à la suite de la rougeole (Séglas[1]) ; nous avons nous-même observé récemment un cas de cet ordre.

On la rencontre après le choléra (Séglas[2]), et au cours de l'influenza[3]. Kalischer[4] prétend en avoir vu un exemple chez une fillette de deux ans. La confusion mentale complique encore la variole, l'érysipèle, la pneumonie, la lèpre[5]. En réalité elle semble susceptible de se développer sous l'influence de toutes les maladies infectieuses.

Elle constitue notamment l'une des formes que revêtent le plus communément les psychoses dites puerpérales, quand celles-ci se rattachent à une infection d'origine utérine (Olshausen, Lallier).

Il convient de rapprocher de ces dernières, bien que sa pathogénie soit différente, la confusion mentale qui, au cours de la période de lactation, peut résulter de la débilitation de l'organisme, lorsque l'allaitement a lieu dans des conditions hygiéniques défectueuses (G. Ballet).

L'importance des causes occasionnelles et particulièrement des causes toxi-infectieuses, dans la genèse de la démence aiguë, distingue cette dernière des autres psychoses, particulièrement des psychoses dites de dégénérescence. C'est ce que Serbsky a voulu exprimer en affirmant qu'elle appartient à la pathologie interne presqu'autant qu'à la pathologie mentale, au moins par son étiologie et sa nature.

Ce n'est pas à dire toutefois que le terrain, même en fait de confusion mentale, ne joue pas son rôle. Pour que les toxines aillent de préférence impressionner le cerveau, il faut que du côté de cet organe la prédisposition crée une susceptibilité spéciale qui d'ailleurs ne se traduit pas, chez tous les malades, de la même façon. C'est certainement grâce en partie au tempérament particulier de chacun (peculiare temperamento de del Greco) que le syndrome revêt tantôt la forme de délire hallucinatoire, tantôt celle de stupidité. En pathologie mentale, le cerveau n'est jamais un organe simplement passif.

Symptomes. — S'il est vrai que le syndrome que nous désignons en France sous le nom de confusion mentale, correspond à des formes morbides en apparence très distinctes les unes des autres comme la stupidité de Georget et la mania hallucinatoria de Mendel, il faut s'attendre à voir le confusionnel se présenter sous des aspects très différents. De fait, au premier abord, rien ne ressemble moins à la forme stupide de la confusion mentale que la forme hallucinatoire aiguë, par exemple. S'il en est ainsi, nous ne saurions mieux faire que de décrire d'abord les types placés aux extrémités de la série,

[1] Séglas. Rougeole, infection secondaire, confusion mentale pseudo-méningitique. *Presse médicale*, 1er mai 1897, n° 35, p. 193.

[2] Séglas. Un cas de folie post-cholérique à forme de confusion ment. primitive. *Ann. méd. psch.*, mai-juin 1893, p. 376.

[3] Toulouse. Psychoses post-influenziques. *Gaz. des Hôp.*, 30 mai 1893.

[4] Kalischer. Un cas de psychose consécutive à l'influenza chez un enfant du premier âge. *Arch. f. Psych.*, t. XXIX, f. 1, 1896.

[5] Meschede (Königsberg). Sur les troubles trophiques dans la lèpre. Communication au *Congrès de Moscou*, 19 au 25 août 1897.

quitte à indiquer ensuite, ceux qui relient par une gradation progressive ces formes extrêmes.

Le *confusionnel stupide* semble anéanti : la physionomie a perdu toute expression ; le regard, mobile ou vague ne peut se fixer sur un objet ; le malade demeure étranger à ce qui se fait autour de lui ; il ne parle pas et, si on l'interroge, on voit qu'il fait des efforts pour élaborer une réponse : efforts le plus souvent stériles, car le malade n'arrive qu'à répéter le dernier mot ou la dernière phrase de la question. S'il fait une réponse, elle est lente, ânonnée comme celle d'un enfant paresseux, inexacte et marquée au coin de la déchéance mentale. Les souvenirs sont confus. Le malade ne sait ni son âge, ni où il est, ni ce qu'il fait d'habitude ; il ignore s'il est marié, père de famille, etc. En l'aidant à rassembler ses idées, on a l'impression qu'il est plein de bonne volonté mais impuissant. Il ne peut évidemment penser, il ne peut répondre, il ne peut pas non plus délirer. « Le stupide, disait Delasiauve[1], ne manque pas de bon vouloir. En présence de l'interlocuteur, il semble prêter quelque attention à ses paroles, mais sa réponse avorte. » D'ordinaire très docile, le stupide se laisse conduire comme un enfant sans opposer de résistance. Il y a loin de cette docilité à l'obstination du mélancolique ; fait important, nous le verrons, au point de vue du diagnostic.

L'impuissance physique du confusionnel n'est pas moindre que son impuissance morale. Il s'affaisse sur lui-même par suite d'une sorte de relâchement musculaire généralisé. Les muscles de la face ont perdu toute expression : l'orbiculaire des lèvres relâché laisse écouler la salive ; les membres supérieurs retombent le long du corps ; la station debout est pénible ou même difficile.

Cette hypotonie musculaire ne se rencontre que dans les formes franchement stupides : dans les autres, il peut y avoir, au contraire, de l'hypertonie, ou comme on dit plus communément, de la catatonie (fig. 30). Le défaut de tonicité musculaire s'étend aux muscles de la vie organique ; il explique le gâtisme, si fréquent dans la stupidité.

La *sensibilité* est difficile à explorer ; on ne constate pas d'ordinaire de troubles profonds mais une sorte d'obtusion générale plus ou moins accusée.

On a noté l'exagération des réflexes tendineux (Séglas), l'ophtalmoplégie interne (Anglade), l'inégalité pupillaire (Séglas [2], Régis [3]).

Les grandes fonctions organiques sont troublées : le cœur bat faiblement ; il y a des désordres vaso-moteurs, des troubles trophiques (eschares, éruptions, ulcérations, gangrène des extrémités). L'état du sang n'a pas été étudié ; dans une observation de démence aiguë cependant, Lewis[4] a signalé la diminution de l'hémoglobine.

Du côté des fonctions digestives, il faut noter un appétit capricieux, alter-

[1] Delasiauve. *Loc. cit.*, p. 387.

[2] Séglas. *Leç. clin.*, p. 171.

[3] Régis. *Auto-intoxic. et délires*, 1899, p. 45.

[4] Lewis. *Loc. cit.*, p. 189.

nativement excessif ou nul : le malade se montre glouton un jour et refuse de s'alimenter le lendemain. Les digestions sont pénibles ; il y a tour à tour de la constipation et de la diarrhée.

Si l'on se rappelle ce que nous avons dit des qualités du suc gastrique dans la mélancolie, et si l'on se souvient que les recherches des auteurs ont porté sur les états dépressifs en général, on pensera que sans doute les résultats obtenus se rapportent pour une part à la confusion mentale ; mais on n'aura à cet égard de données précises que le jour où l'on s'attachera avec plus de rigueur que par le passé à préciser les caractères cliniques des affections qui donnent lieu aux expériences. Nous devons faire les mêmes remarques au sujet des recherches relatives à l'urine et à la sueur. Toutefois la toxicité des urines a été directement recherchée dans la confusion mentale par Ballet et Roubinovitch [1] : le coefficient uro-toxique a toujours été très élevé ; dans un cas, il était exactement de 0,692. Outre l'hypertoxicité, les urines des confusionnels présentent des variations dans la proportion des éléments normaux [2]; de plus on peut y rencontrer de l'albumine, du sucre, de l'urobiline [3], de l'indican [4], du scatol [5]; G. Ballet [6] a signalé, dans un cas, la présence d'une ptomaïne très toxique. On n'est que très insuffisamment renseigné sur les modifications que subissent les autres sécrétions : la salive, la sueur, les larmes, etc.

La confusion mentale, qui revêt souvent, comme nous venons de le montrer, la physionomie de la stupidité, peut aussi se présenter sous d'autres formes à l'autre extrémité de la série; au lieu d'être inerte et comme anéanti, le malade est un *délirant halluciné,* capable même d'ébaucher une systématisation délirante; ses idées fausses sont le plus souvent de nature triste : tantôt à caractère hypochondriaque et de négation comme chez la malade de Séglas [7], à qui « on avait substitué des ossements de femme de chambre » et qui s'égratignait le cou « pour se faire un signe de reconnaissance », tantôt à caractère d'idées de damnation, de culpabilité, de ruine; d'autres fois on a affaire à des idées de persécution, et plus rarement à des idées de grandeur. Le délire, quelle que soit sa physionomie, procède par bouffées ; il éclate brusquement, passe de même ou se transforme, puis reparaît ; s'il y a apparence de systématisation, celle-ci n'est jamais que très imparfaite. Les préoccupations et les idées fausses revêtent souvent le caractère professionnel : Régis [8] a publié l'observation d'un malade, emballeur de son métier, qui mimait tous les gestes d'un homme préparant un paquet. Le délire est en somme un délire de rêve, sans tenue, sans consistance, mobile comme les hallucinations qui l'ali-

[1] Ballet et Roubinovitch. Contribut. à l'étude des auto-intoxications dans les mal. ment. *Congrès de la Rochelle*, 1893, p. 310.

[2]. [3]. Séglas. Des auto-intoxications dans les mal. ment. *Congrès de la Rochelle*, 1893, p. 357.

[4], [5]. Régis. *Auto-intoxications et délires*, 1899, p. 40.

[6] G. Ballet. *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 2 juin 1893.

[7] Séglas. *Leç. clin.*, p. 161.

[8] Régis. *Loc. cit.*, p. 43.

mentent. Les plus fréquentes parmi celles-ci sont les hallucinations de l'ouïe et de la vue. Elles sont terrifiantes « kaléidoscopiques », c'est-à-dire changeantes et fugaces. Ces caractères sont ceux qu'affectent d'ordinaire les hallucinations d'origine toxique. Au surplus, la physionomie du délire et des hallucinations peut varier à l'infini : il n'est guère de conception délirante qui ne se puisse rencontrer dans la démence aiguë, au moins d'une façon épisodique. Mais ces conceptions quelles qu'elles soient n'ont jamais de fixité, car la fixité est imcompatible avec le trouble qui constitue l'essence même du syndrome, la confusion mentale. Celle-ci, qui est le symptôme constant et dominant de l'affection, se traduit par le chaos des idées, par la difficulté de les associer, par l'impossibilité où est la mémoire de fixer et d'évoquer les souvenirs, surtout ceux des faits récents ; par la perte de la notion juste du temps et des lieux.



Fig. 30. — Confusion mentale avec catatonie (collection de D. Anglade).

Entre les deux modalités extrêmes dont nous venons d'esquisser le tableau, il y en a d'intermédiaires ; ce sont même celles qui s'observent le plus communément. On peut supposer tous les degrés et toutes les combinaisons qui peuvent résulter de l'association d'un degré plus ou moins accusé de stupidité à des troubles délirants plus ou moins caractérisés et de la succession ou de l'alternance de ces états.

Le confusionnel dont la figure 30 reproduit une des physionomies, a été tour à tour persécuté, mégalomane ; maniaque très surexcité, puis stupide, avec des phénomènes catatoniques constants ; il est actuellement expansif et satisfait ; mais la confusion des idées est demeurée profonde quelles qu'aient été les allures et l'aspect du malade. Les réactions physiques dans les cas analogues, se modifient avec l'état mental : dès que la stupidité n'est plus complète, l'hypertonie musculaire apparaît ; on observe de la catalepsie, des contractures ; ou bien des parésies ; parfois de l'embarras de la parole résultant du tremblement des muscles de la langue. Il y a de l'hyperesthésie sensitivo-sensorielle ou quelquefois de l'obtusion de la sensibilité[1].

C'est dans les formes où le délire revêt une certaine acuité que les troubles organiques sont le plus accusés : alors la langue est saburrale, l'alimentation devient difficile, les éliminations sont insuffisantes. La température assez

[1] Chaslin. *Loc. cit.*, p. 102.

souvent s'élève ; la dénutrition, quelquefois rapide, peut aboutir à la cachexie.

Les actes du confusionnel varient avec la physionomie de l'état mental. Le stupide, ordinairement inerte, est le plus souvent sans réactions : immobile sur sa chaise ou au lit, il rappelle le mélancolique affecté de stupeur. Quelquefois il sort transitoirement de sa torpeur, a des impulsions ou s'agite sous l'influence des hallucinations qui s'imposent à son cerveau. Le confusionnel délirant a au contraire des crises d'agitation plus ou moins violentes, en rapport avec la vivacité et la nature de son délire, transitoires et modifiables comme celui-ci. En tout cas, les actes ne sont jamais coordonnés, suivis, prémédités comme peuvent l'être ceux des délirants systématisés ; la conduite du malade, comme sa pensée, porte le cachet de la confusion mentale dont il est atteint.

Formes cliniques. — Il est bien entendu qu'il ne s'agit ici que de la confusion mentale primitive, à l'exclusion des états confusionnels secondaires qui peuvent se montrer à la suite ou au cours d'autres psychoses.

D'après ce que nous avons vu, elle se présente sous deux formes principales : la stupidité qu'on appelle encore confusion mentale asthénique et le délire hallucinatoire aigu, ou confusion mentale délirante hallucinatoire. A la confusion asthénique correspondent l'*asthenische Verwirtheit* de Kraepelin[1], l'*Amentia confusionnel* ou *stuporosa* de Meynert[2], la *depressiver Wahnsinn* de Krafft-Ebing[3]. La confusion mentale hallucinatoire aiguë est, à peu de chose près, l'*hallucinatorische Verrücktheit* de Westphal[4], l'*hallucinatorische Verwirtheit*, l'*amentia deliriosa* de Meynert[5], l'*hallucinatorische Verworrenheit* de Konrad[6] et de Kraepelin[7], etc. Ces deux grandes variétés doivent être subdivisées. La confusion mentale asthénique présente des degrés : la torpeur cérébrale décrite par Ball[8] en est une forme légère ; la démence aiguë et la stupidité en constituent au contraire les modalités les plus accusées. Dans la confusion hallucinatoire avec délire, on voit tantôt prédominer le délire mélancolique, tantôt alterner des réactions mélancoliques et des réactions maniaques, tantôt enfin se manifester une sorte de systématisation délirante ; aussi y a-t-il lieu d'admettre une confusion délirante hallucinatoire à forme dépressive, une confusion mentale à double forme et une confusion mentale avec délire systématisé. Le tableau suivant résume ces différentes subdivisions.

[1] Kraepelin. *Klin. pysch.*, 1899, p. 39.
[2] Meynert. *Leç. clin.*, p. 29 de la trad. ital.
[3] Krafft-Ebing, cité par Roubinovitch. *Variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne*, 1896, p. 93.
[4] Westphal. *Allg. Zeitsch.*, t. XXXIV, p. 255.
[5] Meynert. *Leç. clin.*, p. 55 de la trad. ital.
[6] Konrad. *Loc. cit.*
[7] Kraepelin. *Klin. psych.*, 1899, p. 40.
[8] Ball. De la torpeur cérébrale. L'*Encéphale*, n° 3, 1881, p. 369.

Confusion mentale asthénique.	torpeur cérébrale. stupidité. démence aiguë.
Confusion mentale délirante hallucinatoire. . .	dépressive. à double forme. avec délire systématisé.

Un mot sur chacune de ces variétés. Dans la torpeur cérébrale, il s'agit d'un « état de prostration mentale qui semble abolir momentanément les facultés. La mémoire est affaiblie, le jugement indécis, la volonté hésitante[1] ».

Dans la stupidité, nous l'avons vu, la confusion mentale est absolue : le malade ne pense plus ; il est incapable de parler ou d'agir. La démence aiguë ressemble à la stupidité, et Esquirol[2] l'en rapprochait dans sa description. En réalité, l'inertie morale et physique est moins stable, dans la démence aiguë, que chez le stupide. On y peut observer des poussées d'agitation, des impulsions. La démence aiguë est surtout une affection de l'adolescence et de la puberté.

Le délire confusionnel hallucinatoire est le plus souvent à physionomie mélancolique ; il s'accompagne de dépression mentale ; si cette forme est la plus commune c'est d'ordinaire aussi la moins grave. D'autres fois la dépression alterne avec l'excitation ; le délire et les hallucinations subissent des transformations correspondantes ; on a affaire à la confusion mentale à double forme, cyclique ou périodique de Del Greco[3]. C'est dans ce cas surtout que s'observent les contractures musculaires, les catalepsies partielles. L'évolution en est longue, le pronostic grave.

La confusion mentale avec délire systématisé ressemble d'assez près à certains délires observés chez les débiles : la nosographie exige qu'on ne confonde pas des types qui, par leur origine, leur étiologie, leur évolution, doivent rester distincts. En fait, la confusion mentale est un trouble accidentel, acquis, que les anamnestiques permettent de distinguer de l'insuffisance cérébrale due à une tare originelle défectueuse. Le délire qui l'accompagne apparaît souvent brusquement, tente de s'organiser, puis s'efface spontanément pour faire place à un autre. Les symptômes physiques ont fréquemment ici une réelle importance. On peut observer de la fièvre, de l'amaigrissement et tous les signes de la dénutrition.

Le délire de collapsus (collaps-delirium de Kraepelin) dont il a été précédemment parlé, se rapproche, par sa physionomie, des délires confusionnels.

Évolution. Pronostic. — La confusion mentale s'annonce quelquefois par des symptômes prémonitoires : insomnie, *céphalalgie*, irritabilité, paresse cérébrale. Plus souvent, elle débute soudainement par de l'agitation, par une

[1] Ball. *Loc. cit.*, p. 369.
[2] Esquirol. *Mal. ment.*, t. II, p. 259.
[3] Del Greco, *Loc. cit.*, p. 117.

poussée de délire, ou par de la stupeur. Sa marche est très variable : tel accès de confusion avec agitation motrice cesse brusquement comme il avait débuté, après quelques jours ou quelques semaines ; tel autre, à forme stupide, dure des mois ou même des années, puis guérit ; quelques-uns prennent les allures d'une maladie rémittente et périodique et, après une longue série d'accès maniaques et de crises de stupidité, aboutissent à la démence. Ces formes périodiques et alternantes, qui ne sont pas les plus rares, sont les moins curables : le malade que représente la figure 30 est dans notre service depuis près de quatre ans ; il se montre alternativement expansif, délirant ou stupide et ne semble pas s'acheminer vers la guérison.

Il est à remarquer que les formes les plus fixes dans leur symptomatologie sont aussi celles qui ont le plus de tendance à guérir. Etoc, Delasiauve, Sauze l'avaient constaté pour la stupidité. Quand la terminaison doit être favorable, les symptômes disparaissent tout à coup ou peu à peu. Une amélioration progressive avec oscillations conduit à une guérison plus complète, qui d'ailleurs, au dire de quelques auteurs, ne serait jamais absolue. L'exercice intellectuel, dit Séglas, reste difficile ; l'attention demeure faible. Quelques sujets sont frappés d'amnésie rétro-antérograde ou d'amnésie continue [1].

Somme toute, le pronostic de la confusion mentale est sérieux, parce qu'un certain nombre de ses formes n'ont aucune tendance à guérir et que celles qui guérissent peuvent laisser après elles des troubles encore appréciables. Le pronostic, d'ailleurs, varie avec chaque variété : la stupidité est longue à guérir mais guérit, le collaps-delirium guérit aussi et quelquefois très rapidement. La confusion mentale hallucinatoire est d'autant plus curable que sa physionomie change moins souvent. Il faut tenir grand compte de l'état physique ; toutes choses égales d'ailleurs, le pronostic est d'autant plus favorable que l'état général reste meilleur.

Diagnostic. — La confusion mentale se caractérise cliniquement plutôt par l'ensemble des symptômes qui la constituent que par la valeur pathognomonique de ces symptômes pris isolément. Chacun des troubles qu'on y observe peut en effet se rencontrer dans d'autres affections psychiques : la stupeur, par exemple, se voit dans la mélancolie, dans la folie à double forme, dans la paralysie générale ; les délires hallucinatoires se montrent au cours des psychonévroses et surtout dans la paranoïa ; le symptôme confusion mentale lui-même peut compliquer la manie, la mélancolie, même certaines formes de délires systématisés ; on le rencontre quelquefois dans l'hystérie ou l'épilepsie.

De là des difficultés de diagnostic qu'il est aisé de prévoir et qu'on ne peut résoudre que par une connaissance complète des états confusionnels secondaires.

Certains de ces états sont faciles à distinguer de la confusion mentale primitive : c'est le cas de l'amnésie et de la dissociation de la personnalité qui

[1] Séglas. *Leç. clin.*, p. 191. Paris. Asselin, 1895.

s'observent dans l'hystérie ou de l'obtusion mentale qui succède aux crises épileptiques. Cette dernière ne mérite guère le nom qu'on lui a donné, de confusion mentale post-épileptique [1].

Il en est de même des états mentaux qui surviennent sous l'influence de quelques intoxications, l'alcoolisme ou le saturnisme par exemple, au cours des tumeurs cérébrales [2], de la méningite [3], du diabète, du brigthisme. Au contraire, certains états confusionnels pourraient prêter à des erreurs de diagnostic : tels sont ceux qui s'observent dans la démence précoce et dans les démences acquises, au cours des psychonévroses et de la paranoïa, dans la paralysie générale.

Il n'est pas rare, comme l'observe Kraepelin [4], de voir la démence précoce débuter par un stade hallucinatoire. En ce cas se trouve réalisée une symptomatologie très analogue à celle de la confusion mentale avec hallucinations. L'âge des malades constitue déjà un premier élément de diagnostic ; d'une valeur très relative à la vérité, puisque la confusion mentale primitive peut aussi survenir dans l'adolescence. Le mieux, si l'on est embarrassé, est d'attendre, selon le sage conseil de Chaslin [5], « la disparition des phénomènes tumultueux ». Dans la démence acquise, la déchéance cérébrale ressemble à celle de la confusion mentale et le diagnostic présente parfois, au moins momentanément, de réelles difficultés. Hannion [6] a justement insisté sur les nuances qui permettent de distinguer le dément du confusionnel : le premier ne fait aucun effort pour répondre aux questions, tandis que le second a plus de bon vouloir ; mais les réponses de l'un et de l'autre sont également inexactes, absurdes, incohérentes. Le facies et l'état physique, en général satisfaisants dans la démence, sont d'ordinaire altérés dans la confusion mentale. Mais il faut avouer, avec Chaslin, que souvent les différences se sentent « mieux qu'elles ne s'expriment [7] ».

Le maniaque ressemble parfois au malade affecté de confusion délirante hallucinatoire : il est incohérent et mobile dans ses idées et ses actes ; mais sa physionomie, contrairement à celle du second, reste expressive ; son regard est animé ; on est sûr qu'il pense et, si l'on parvient à fixer son attention, on peut vérifier l'intégrité de sa mémoire.

La mélancolie simple a quelques points de ressemblance avec la torpeur cérébrale : mais la dépression douloureuse et la propension au suicide avec intégrité de la conscience suffisent à l'en distinguer.

La stupeur mélancolique a été longtemps confondue avec la stupidité con-

[1] Dide. Confusion ment. post-épilept., et post-éclampt. *Tribune médicale,* 27 avril 1898, p. 324.

[2] Anglade. Sarcome angiolithique de la dure-mère chez une aliénée. *Soc. de méd. de Toulouse,* décembre 1898.

[3] Meynert. *Leç. clin.*, p. 97 de la trad. ital.

[4] Kraepelin. *Klin. psych.*, 1889, p. 148.

[5] Chaslin. *La conf. ment.*, etc., p. 177.

[6] Hannion. De la confusion mentale. *Th. de Paris,* 1894.

[7] Chaslin. *Loc. cit.*, p. 176.

fusionnelle et cette erreur clinique a duré depuis Baillarger jusqu'à nos jours. Ces deux affections, malgré quelques ressemblances, sont cependant très distinctes l'une de l'autre, comme l'a très bien montré Delasiauve. « Le mélancolique, en proie à un chagrin amer, à un désespoir profond, à une terreur excessive, réfléchit, dans son langage, dans ses résistances, cet état d'âme. Les facultés générales ne sont pas détruites, la concentration énergique des sentiments en modifie ou en suspend seulement l'exercice. On doit se faire une tout autre opinion de la stupidité. Par ce mot, l'esprit doit se représenter une torpeur intellectuelle, une absence, plus ou moins absolue d'idées, l'exercice de la pensée aboli ou entravé, une disposition, enfin, pareille à celle dont chacun de nous peut se surprendre atteint dans certains moments où les fonctions cérébrales sont inertes, comme paralysées[1]. »

Dans la mélancolie avec délire général, les conceptions délirantes seules sont confuses ; la douleur morale persiste et la mémoire est intacte. Cette douleur morale et cette intégrité de la mémoire ne se rencontrent jamais dans la confusion mentale hallucinatoire dépressive.

Le délire mélancolique partiel se reconnaît comme se reconnaissent tous les délires systématisés, en général. Mais ici, nous touchons au point le plus délicat du diagnostic de la confusion mentale. Étant donné qu'un délire mélancolique peut se systématiser au cours et à la suite d'une mélancolie, qu'il existe des formes de paranoïa aiguë ou délire systématisé aigu (*acute Verrucktheit* de Westphal), que cette paranoïa aiguë peut se compliquer de confusion mentale[2] et qu'aussi la confusion mentale peut présenter des symptômes paranoïens, comment reconnaître les cas dans lesquels il s'agit seulement de confusion mentale avec délire systématisé? Le délire mélancolique se systématise sur un fonds de dépression et non de confusion mentale ; quant à la paranoïa aiguë, en mettant à part quelques formes qui ressortissent légitimement à la confusion mentale primitive[3], la systématisation délirante y repose sur une mentalité indemne de confusion et d'affaiblissement; d'autre part, les idées délirantes de la confusion mentale, en raison de la déchéance des facultés intellectuelles qui la caractérise, ne parviennent jamais, nous l'avons vu, qu'à une systématisation rudimentaire. De simples bouffées délirantes s'observent bien dans les délires de la dégénérescence, mais les dégénérés les plus tarés physiquement ou mentalement conservent la notion de temps et de lieu ; à travers le polymorphisme délirant, on retrouve les traces d'une activité intellectuelle qui fait totalement défaut au confusionnel.

La démence paralytique, comme toutes les démences, ressemble plus ou moins à la confusion mentale ; d'autre part, au cours de la paralysie générale, on peut voir apparaître, d'une façon plus ou moins épisodique, des états de confusion ; de là, on le conçoit, certaines difficultés de diagnostic. Mais le

[1] Delasiauve. Diagnostic différentiel de la lypémanie. *Ann. méd. psych.*, 1851, p. 384.

[2] Krause (Gœttingue). Ueber Zustande von Verwirrtheit und Aufregung oder Stupor im Beginne und Verlaufe der chronischen Paranoia. *Monastssch. f. Psych. u. Neurol.*, vol. I, 5e cah., p. 359, mai 1897.

[3] Séglas. Paranoïa aiguë, in *Leç. clin.*, p. 383.

paralytique est en général moins désorienté que le confus ; il reconnaît les personnes, leur parle sans effort et fait part avec béatitude de ses idées délirantes ; le confusionnel est plus monotone, plus indécis. Sa désorientation est plus complète ; à la vérité la distinction devient particulièrement délicate quand on a affaire au paralytique stupide. Mais les anamnestiques, et surtout la constatation des signes physiques aideront au diagnostic : l'embarras de la parole du paralytique ne ressemble pas à l'ânonnement du confusionnel ; les tremblements musculaires, les troubles de la réflectivité oculaire, etc., ceux de l'écriture sont caractéristiques. Toutefois il faut savoir que ces signes physiques eux-mêmes peuvent exister atténués dans certaines formes de confusion mentale avec méningisme.

Psychologie et anatomie pathologiques. — Le cerveau normal perçoit des sensations internes ou externes, les emmagasine à l'état de souvenirs, les associe pour en constituer des idées, les compare dans le temps et dans l'espace et arrive ainsi à formuler des jugements ; sous leur influence, il commande des mouvements qui leur sont adéquats.

Toutes ces opérations sont entravées dans la confusion mentale : les perceptions externes ou internes ne se font plus ou se font mal ; les sensations présentes ne se fixent plus dans l'esprit ; les sensations passées sont difficilement et irrégulièrement ravivées, la comparaison et l'association des unes aux autres est entravée : d'où perte de la notion du temps, des lieux, désorientation. Le malade ne comprend plus que très mal ce qu'il voit, ce qu'il entend, à plus forte raison, ce qu'il lit : d'où son indifférence profonde. Il cherche ses mots, comme un aphasique et Meynert[1] a très justement décrit une confusion mentale pseudo-aphasique (pseudaphasische Verwirtheit) ; comme dans l'aphasie, le malade ne peut construire les phrases ; celles qui lui viennent aux lèvres sont décousues, incohérentes ; il en apprécie mal la signification. Donc, obtusion de la mémoire, absence de coordination des idées, difficulté de fixer l'attention qui n'est plus régulièrement sollicitée, faiblesse, instabilité ou même suppression de la volonté, telle est la psychologie pathologique du confus. Il convient d'y joindre l'arrêt des impulsions motrices et des inhibitions sympathiques. Ces troubles sont particulièrement appréciables et nets dans les formes avec stupidité.

Ils ne sont pas inconciliables avec ceux qui caractérisent les formes délirantes et hallucinatoires. Sans doute, les apparences dans ces cas dénoncent plutôt une hyperesthésie sensitivo-sensorielle : les réponses sont brèves mais promptes et quelquefois exactes ; le délire, très actif, rappelle tantôt celui des maniaques, tantôt celui des mélancoliques ou des paranoïens ; les hallucinations sont intenses, mais, en réalité, pas plus dans ces formes que dans celles avec stupidité, il ne peut être question de suractivité cérébrale ; il s'agit plutôt d'un désordre dans les associations mentales tenant à l'affaiblissement des fonctions vives du cerveau et à la prédominance de l'automatisme cérébral.

[1] Meynert. *Leç. de psych.*, p. 61 de la trad. ital.

Le délire des confusionnels, a-t-on dit très justement, est un délire de rêve; ils rêvent comme les hystériques et, d'après P. Janet[1], la tendance à rêver est une des manifestations les plus habituelles de l'automatisme intellectuel. C'est, au fond, ce qu'a pensé Meynert[2] lorsqu'il a dit que, dans l'*hallucinatorische amentia*, quelques centres sommeillent, tandis que les autres sont éveillés. C'est la volonté, la conscience, la mémoire, l'attention qui sont endormies; les centres psycho-moteurs fonctionnent sans ordre et sans mesure. Les muscles se contracturent; on observe tour à tour de l'agitation, de l'anxiété, des impulsions.

Mais quelle est la condition organique de ces troubles élémentaires et de l'ensemble des symptômes auxquels ils donnent naissance? Les circonstances dans lesquelles survient le plus habituellement la confusion mentale, c'est-à-dire les infections ou les intoxications, particulièrement celles d'origine interne, autorisent à penser à priori que l'entrave au fonctionnement des neurones corticaux, dont la psychologie pathologique révèle le trouble, résulte d'une nutrition défectueuse de ces neurones, par un sang et une lymphe altérés dans leur composition; mais la vérification d'une pareille perturbation nutritive échappe à nos moyens d'investigation. Nous n'en pouvons affirmer la réalité que si le trouble a été assez intense et prolongé pour amener une modification structurale des éléments nerveux microscopiquement constatable. Or il n'est pas douteux que le syndrome confusion mentale puisse évoluer sans laisser à sa suite d'altérations des neurones appréciables au moins avec le secours des techniques dont nous disposons actuellement (G. Ballet). Mais il n'en est pas toujours ainsi, et les cas dans lesquels on a trouvé des lésions indiquent assez nettement que les substances toxiques, quelqu'en soit l'origine et la nature, n'arrivent à déterminer le syndrome confusion qu'en actionnant les cellules de l'écorce. Au degré le plus léger, il semble qu'on puisse n'avoir affaire qu'à un trouble fonctionnel transitoire et promptement curable; aux degrés plus avancés au contraire, la structure de la cellule a souffert et la lésion qui en résulte est durable, peut-être même quelquefois indélébile. Dans cette variété de confusion mentale qui accompagne la polynévrite et qu'on désigne avec Korsakow sous le nom de psychose polynévritique, G. Ballet[3] a relevé des altérations indéniables des cellules de l'écorce grise du cerveau : tuméfaction et déformation de ces cellules, chromatolyse centrale, migration nucléaire.

Traitement. — Les malades affectés de confusion mentale peuvent-ils être traités chez eux ou doivent-ils être transportés à la maison de santé, à l'asile?

[1] P. Janet. *État mental des hystériques. Les stigmates mentaux*. Bibl. Charcot-Debove, p. 210.

[2] Meynert. *Loc. cit.*, p. 35 de la trad. ital.

[3] G. Ballet. Lésions des cellules de l'écorce cérébrale dans certaines formes de confusion mentale (psychose polynévritique). *Acad. de méd.*, 28 juin 1898. *Semaine médicale*, 1898, n° 35, p. 284. Et Anatomie pathologique de la psychose polynévritique et de certaines formes de confus. ment. primitive. G. Ballet et M. Faure. *Presse médicale*, 1898, n° 98, p. 317. M. Faure. *Commun. au congrès intern. de méd.*, 1900.

A cette question préjudicielle, on ne saurait répondre par une formule applicable à tous les cas.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un sujet qui réagit à la façon d'un maniaque ou d'un persécuté, l'isolement immédiat s'impose; mais il en est autrement quand on a affaire aux formes asthéniques de la confusion mentale. Dans ce cas, le malade peut être soigné chez lui ; la maison de santé a même l'inconvénient d'accroître et de prolonger la désorientation sur laquelle nous avons insisté et qui constitue l'un des troubles les plus marquants dans ces variétes de l'affection. En tout cas, si l'agitation du patient rendait l'internement nécessaire, il ne faudrait pas le maintenir au-delà du début de la convalescence. Chez lui, entouré des personnes et des choses de sa vie habituelle, le malade se ressaisira plus aisément que dans un milieu étranger. Séglas [1] et Chaslin [2] ont justement insisté sur ce point.

Qu'il demeure dans sa famille ou qu'on l'isole, qu'il soit stupide ou agité, le confusionnel doit être maintenu au lit : le repos au lit n'a ici que des avantages. Sous son influence, les troubles somatiques, si importants dans la confusion mentale, s'amendent; toute cause de fatigue et d'épuisement est supprimée; le refroidissement est impossible ; le lit, en outre, exerce une action calmante « quand il y a des symptômes d'agitation » [3]; la plupart des malades l'acceptent avec docilité. Les malades affectés de confusion sont en général des débilités dont il importe de tonifier le système nerveux. On veillera à ce que l'alimentation, volontaire ou forcée, soit régulière. On aura recours, dans les formes asthéniques, aux injections de sérum artificiel [4]. Les phosphates et les glycérophosphates trouvent ici leur indication. Le massage et l'électricité peuvent être utiles, surtout pendant la convalescence. D'ailleurs, à chaque symptôme particulier, on opposera une thérapeutique appropriée : l'insomnie résiste rarement à l'administration du sulfonal ou du trional; l'agitation est calmée par l'hyoscine ou la duboisine. Les bains sinapisés sont utiles dans les formes stupides. La fièvre, qui dénonce l'infection, sera utilement combattue par les bains froids. Les troubles digestifs nécessitent l'emploi des antiseptiques intestinaux, de laxatifs et de purgatifs.

En surveillant attentivement chacun de ces symptômes, on réduit, à leur minimum, leur action nocive : le confusionnel retrouve peu à peu ses forces physiques et ses aptitudes intellectuelles; le réveil de l'activité psychique pourra être favorisé par un traitement dont les règles ont été parfaitement indiquées par Sauze [5]. « Quand l'intelligence recommence à fonctionner, dit cet auteur, il faut activer sans relâche les opérations cérébrales ; il faut interroger les malades, fixer leur attention, insister quand leur réponse est trop lente ou peu précise. A ces malades qui se réveillent, il faut expliquer tous les détails

[1] Séglas. Leç. clin., p. 205 et *Ann. méd. psych.*, mai-juin 1893, p. 404.

[2] Chaslin. in *Traité de thérapeutique de Robin*, 1898, p. 94.

[3] Chaslin. *Ibid.*, p. 87 et Sérieux et Farnarier. Le traitement des psychoses aiguës par le repos au lit. *Semaine médicale*, octobre 1899, n° 43, p. 340.

[4] Séglas. Cité par Chaslin, in : Robin, *Traité de thérapeutique appliquée*, 1898, p. 95.

[5] Sauze. *Études médico-psychol. sur la folie.* Paris, 1862.

de leur maladie, les éclairer sur leur position, rappeler leur mémoire, leur poser de petits problèmes et leur en demander plus tard la solution ». Sauze a raison de considérer le confusionnel convalescent comme un malade dont l'éducation est à refaire. A cette œuvre de rééducation, le médecin doit s'employer avec bonté et avec patience. Vouloir aller trop vite en besogne, ce serait fatiguer le malade, l'exposer à une rechute ou à un retard dans la convalescence[1].

[1] Séglas. *Leç. clin.*, p. 205.

TROISIÈME PARTIE

TROUBLES MENTAUX
DANS LES INTOXICATIONS D'ORIGINE EXTERNE OU INTERNE

Par J. ROUBINOVITCH

CHAPITRE PREMIER

COUP D'ŒIL D'ENSEMBLE SUR LA PHYSIONOMIE CLINIQUE, LA MARCHE ET L'ÉVOLUTION DES TROUBLES MENTAUX D'ORIGINE TOXIQUE

Symptomatologie générale. — Les troubles psychiques par intoxication d'origine externe ou interne se caractérisent par un certain nombre de symptômes physiques ou psychiques qui leur donne une physionomie clinique à part. L'atteinte portée au cerveau par les différents poisons est d'ailleurs plus ou moins profonde ; aussi, comporte-t-elle tous les degrés depuis les accidents purement fonctionnels et éphémères jusqu'aux lésions matérielles durables ou définitives. De plus, chaque agent exo ou endo-toxique donne au tableau clinique son cachet spécial, tantôt par l'addition d'un symptôme nouveau, tantôt par le mode d'évolution qui lui est propre. Mais à tout bien considérer, le fond clinique est invariable, car on y retrouve une certain nombre de symptômes toujours les mêmes. Parmi les *symptômes psychiques* une place prédominante appartient à l'*état de rêve* dit encore *onirisme hallucinatoire* (Régis) qu'on retrouve à la base de toutes les psychoses exo ou endo-toxiques, éphémères ou durables. Dans les unes comme dans les autres, cet état de rêve se manifeste particulièrement au cours de la période hypnagogique pour se continuer tout le long de la nuit et se prolonger quelquefois au réveil. Ce début nocturne des accidents psychiques constitue une particularité tout à fait caractéristique. Le rêve se compose d'images et de souvenirs tirés de la réalité, mais portant un cachet pénible et se transformant facilement en hallucinations surtout visuelles qui prennent fréquemment un carctère terrifiant. Le rêveur intoxiqué se meut au milieu d'obstacles et de dangers, les scènes qui défilent devant lui et dont il est le principal acteur sont extrêmement

mobiles, variées. Le malade *vit* son rêve avec ses illusions ou hallucinations mobiles, changeantes, terrifiantes. Il le vit dans ce sens que, loin de rester simple spectateur, il y prend la part la plus active, mêlant intimement ses propres intérêts, ses propres sentiments à tout ce qui se passe dans ses cauchemars.

Cet état de rêve peut se prolonger dans la journée et se mêler d'impressions de la vie réelle. Il en résulte un singulier mélange de toute sorte de conceptions sans suite, mobiles, contradictoires, excluant la possibilité d'un délire régulier ; la confusion mentale est alors le résultat direct de cet onirisme hallucinatoire. La *confusion mentale,* cet autre syndrome fondamental des psychoses par intoxication, se caractérise par une dissociation de tous les éléments de la vie psychique normale : sensations, souvenirs, idées, qui deviennent flous et incoordonnés. Le malade ne se reconnaît plus lui-même, ne sait où il est, ni où il va. Son intelligence est obnubilée. Parfois, cette confusion devient de l'*hébétude* ou de la *stupeur,* accompagnée dans certains cas d'un besoin irrésistible de dormir, d'une sorte de *narcose toxique,* comme dit Régis [1]. L'obtusion intellectuelle est souvent accompagnée d'un trouble de la mémoire à forme spéciale, d'une *amnésie* instantanée portant sur les faits qui viennent d'avoir lieu, comme cela s'observe plus particulièrement dans les toxémies polynévritiques de Korsakoff. Cette amnésie peut parfois persister après la guérison et porter sur une partie plus ou moins grande de la période délirante.

En somme, en paraphrasant l'aphorisme de Lasègue, on peut dire que « le délire toxique n'est pas un délire, mais un rêve », un rêve plus ou moins riche en scènes émouvantes qui agite les uns en les poussant à manifester tout ce qu'ils éprouvent par des paroles et des gestes, et qui cloue les autres dans une sorte de torpeur pleine d'hébétude et de terreur. Au sortir de ces états, on conçoit la possibilité d'un délire plus ou moins coordonné chez certains sujets prédisposés. Mais c'est là un phénomène d'ordre secondaire. Le trouble psychique principal, celui qui est pathognomonique d'une intoxication est l'état de rêve avec la confusion mentale qui est sa conséquence immédiate et directe.

Les *symptômes physiques* qui accompagnent l'état mental dont nous parlons sont extrêmement variables, et en rapport avec la multiplicité des organes et des fonctions que la substance toxique peut compromettre. Du côté de l'appareil gastro-intestinal, il existe des troubles tels que l'état saburral de la langue, l'inappétence, la constipation ou la diarrhée, une grande fétidité de l'haleine. Les annexes du tube digestif ne restent pas indifférents et les congestions hépatiques ou spléniques ne sont point rares en pareil cas. Dans les troubles psychiques dus à l'insuffisance hépatique, on observe tantôt de l'hypothermie, tantôt de l'hyperthermie. Le cœur et les vaisseaux sont souvent altérés, ce qui se manifeste à première vue par la cyanose des extrémités, froides et humides, pendant que la peau des autres régions est chaude et sèche.

[1] E. Régis. Les psychoses d'intoxication, 1898, in *Arch. de Neurologie,* 1899, n° 40.

La sécrétion urinaire est modifiée : trop abondante ou insuffisante ; l'analyse des urines révèle la présence de quelques éléments anormaux, selon l'intervention de telle ou telle substance toxique d'origine externe ou interne. Une dénutrition générale est la règle. Le teint est souvent blafard, quelquefois subictérique. A tous ces symptômes s'ajoutent de profondes altérations du système nerveux. En première ligne se place l'insomnie, ce signe constant du début de toute intoxication, et qui est le point de départ des manifestations psychiques. Ce symptôme est souvent accompagné ou suivi d'une céphalalgie parfois très violente, paroxystique qui arrache des cris au malade, surtout au début, et qui a certainement sa part dans l'éclosion ultérieure du délire. Des névralgies à siège variable s'observent également au début. Des névrites multiples, fréquentes aux extrémités, se manifestent par des troubles de la sensibilité et de la motilité. Leur association avec les troubles psychiques indiqués plus haut et surtout avec les phénomènes d'amnésie, constitue la base de ce que Korsakoff a décrit sous le nom de « psychose polynévritique ».

Les réflexes tendineux et cutanés sont souvent exagérés. Un signe d'une grande importance est le tremblement, variable dans sa forme, selon tel ou tel agent toxique, et existant principalement aux mains, aux muscles péribuccaux et à la langue. Les accidents convulsifs épileptiformes, apoplectiformes ou hystériformes, peuvent se produire aux différentes phases des psychoses par intoxication au même titre que des contractures, des phénomènes cataleptoïdes, catatoniques ou tétaniques. Au cours de certaines psychoses toxiques, on observe de la dyspnée ou des syncopes résultant de troubles bulbaires. Les troubles oculaires les plus communs consistent dans un rétrécissement irrégulier du champ visuel ; quelques auteurs signalent comme fréquente dans les psychoses autotoxiques, l'inégalité pupillaire très changeante d'un jour à l'autre avec état variable des réflexes lumineux et accommodatif (Régis, Séglas).

Dans l'*évolution* des troubles psychiques par intoxication, il faut tenir compte des conditions au milieu desquelles ils apparaissent. Sont-ils constitués purement et simplement par des signes de l'état de rêve ou s'y mêle-t-il d'autres symptômes vésaniques ? Et, dans ce cas, le délire onirique s'est-il greffé sur une psychose antérieure ou bien les deux ordres de phénomènes morbides ont-ils évolué simultanément ? De plus, il peut arriver qu'après les manifestations psychiques immédiates, directement liées à l'intoxication, le délire se transforme en une psychose secondaire revêtant la forme de la mélancolie, de la manie ou d'un délire plus ou moins systématisé. De même, il ne faudra pas se laisser surprendre par des phénomènes d'intoxication secondaire comme une hépatite avec ictère grave au cours d'un délire alcoolique ou bien des accidents urémiques compliquant une psychose saturnine. L'évolution peut être plus complexe encore lorsque, dès le début, on voit intervenir, comme cela arrive journellement, deux ou plusieurs intoxications à la fois : le morphinisme additionné de cocaïnisme et d'alcoolisme; l'alcoolisme compliqué de la goutte et du diabète ; le saturnisme avec l'alcoolisme.

Il y a là un enchevêtrement de symptômes bien fait pour exercer la sagacité d'un clinicien.

Anatomie pathologique. — Les notions anatomo-pathologiques relatives aux psychoses par intoxication sont assez précises en ce qui concerne les différents organes chargés d'éliminer ou de neutraliser les poisons qui les traversent. La stomatite mercurielle, les ulcérations urémiques de la muqueuse gastro-intestinale, les hépatites alcooliques sont des lésions pathognomoniques dont la constatation nous permet de juger jusqu'à quel point les moyens de défense de l'organisme ont été compromis.

Quant aux centres nerveux, il faut envisager leurs lésions dans les intoxications exogènes et endogènes. Dans les psychoses exo-toxiques aiguës, les centres nerveux présentent surtout des lésions dégénératives ; ces lésions sont surtout scléreuses dans les formes chroniques. Il se produit sous l'influence d'une intoxication lente, de l'artério-sclérose qui engendre à sa suite des lésions dégénératives et scléreuses. L'intensité de ces lésions est en rapport avec la nature de l'agent toxique, les quantités absorbées, l'état des différents organes de défense, les maladies antérieures du sujet ainsi que ses conditions héréditaires. Dans l'appréciation des lésions qu'on trouve en pareille circonstance au niveau des centres nerveux, il faut se rappeler qu'à côté des effets immédiats du poison, il y a les effets éloignés qui résultent d'intoxications secondaires ; par exemple, au cours d'une intoxication alcoolique ayant déterminé une lésion cérébrale quelconque, survient un ictère grave consécutif à une hépatite alcoolique et qui peut retentir à son tour sur le cerveau par une nouvelle lésion.

On n'a guère encore de données suffisamment précises sur les lésions des centres nerveux dans les psychoses endo-toxiques. L'étude en est à peine ébauchée et on ne connaît que quelques-unes des altérations des neurones centraux dans la psychose polynévritique[1].

Psychologie pathologique. — Les psychoses par intoxication se caractérisent comme nous l'avons dit plus haut, par un état de rêve, avec confusion mentale.

Le mécanisme psychologique de cette altération des fonctions cérébrales est difficile à expliquer d'une façon précise dans l'état actuel de nos connaissances en psychologie physiologique. L'hypothèse la plus vraisemblable est celle qui suppose un affaiblissement de l'écorce cérébrale, par conséquent une diminution de tout ce qui représente le « moi » conscient, associant les sensations d'après un choix et une critique logiquement établis. L'organe de contrôle étant altéré, la fonction d'automatisme des centres sous-corticaux deviendrait prédominante (Meynert).

A côté de cette hypothèse, se trouve celle de la rupture de communication

[1] G. Ballet. Lésions corticales et médullaires dans la psychose polynévritique. *Presse médicale*, 1898, n° 20.

normale entre les centres d'association et les centres de projection sensitivo-moteurs, sous l'influence de l'agent toxique (Flechsig), ou bien encore celle de la rétraction, sous la même influence, des prolongements cylindraxiles ou protoplasmiques grâce auxquels les neurones à l'état sain, communiquent les uns avec les autres (Mathias Duval). Il en résulterait une désagrégation mentale qui caractérise en effet l'état de rêve à ses différents degrés.

Diagnostic. — Le diagnostic des troubles psychiques par intoxication repose sur l'examen de l'ensemble de manifestations cliniques, sur leur évolution et sur les commémoratifs. Pour les psychoses exotoxiques, ces derniers sont évidemment d'un grand secours. Ils ont leur importance aussi dans le diagnostic des psychoses auto-toxiques, conjointement avec l'analyse chimique des sécrétions et excrétions, dans quelques cas (fièvre typhoïde), avec le séro-diagnostic et même l'expérimentation (Roger).

Pronostic. Durée. — La terminaison la plus habituelle des psychoses par intoxication est la guérison, même quand elles se sont prolongées, comme cela est parfaitement possible, durant des mois et des années. Dans ce dernier cas, on doit craindre le passage à l'état chronique.

En parlant de l'évolution de ces psychoses nous avons indiqué la possibilité de la transformation en une vésanie secondaire : mélancolie, manie, délire systématisé.

Enfin, quand l'organisme est surpris par une grave intoxication sans que ses moyens de défense soient suffisants, il succombe.

Traitement. — Les psychoses exo-toxiques sont plus faciles à éviter que les endo-toxiques.

La prophylaxie des unes et des autres dépend en grande partie de l'hygiène bien organisée dans la vie individuelle et publique. Leur traitement proprement dit varie nécessairement avec la phase morbide en présence de laquelle on se trouve. Mais d'une façon générale on peut dire que du moment qu'on a reconnu avoir affaire à une intoxication, il faut faire appel aux moyens de défense naturels de l'organisme dont les uns ont pour fonction d'éliminer les poisons, les autres de les neutraliser en les transformant. Donc, il faut favoriser l'élimination par des purgatifs, les diurétiques, les lavages de l'estomac, les vomitifs, les bains, les sudorifiques ; aider à la destruction des poisons par des médications anti-toxiques, par des toniques, les injections de sérums ou des extraits organiques appropriés. Le « lavage du sang » (Tuffier, Lejars) peut trouver ici une heureuse application.

L'alitement est tout particulièrement utile : il empêche la dénutrition rapide de l'organisme et par conséquent l'affaiblissement des organes de défense ; il exerce une action calmante incontestable en limitant le champ d'agitation motrice ; bien organisé, il peut être appliqué au domicile du malade et, grâce à lui, on peut éviter l'internement dans une maison spéciale.

La lutte de l'organisme contre l'intoxication nécessite une dépense de forces

considérable, et l'asthénie physique n'est pas rare au cours et surtout au déclin des psychoses que nous étudions. Le devoir du médecin est de combattre cette asthénie par tous les moyens : l'hygiène, l'alimentation, les médications internes ou externes, l'opothérapie, les injections du sérum artificiel.

A ce traitement physique, il est indispensable d'ajouter au moment opportun des moyens psychiques. Il y a à lutter contre la persistance de la désagrégation mentale, contre les phénomènes d'amnésie, contre les conceptions fausses ou franchement délirantes résultant de l'état de rêve. D'après certains auteurs, Régis notamment, la suggestion hypnotique pourrait parfois rendre des services signalés pendant la période de la confusion mentale. Une fois cette dernière dissipée, il reste une sorte d'engourdissement des facultés intellectuelles. Le malade a besoin de reconstituer une foule de souvenirs. On doit l'aider dans ce travail en allant d'ailleurs très doucement en besogne. Des exercices intellectuels appropriés seront institués par le médecin qui s'appliquera à ramener le malade très progressivement à l'état mental d'avant la maladie. Cette partie psychothérapique du traitement des psychoses par intoxication est très délicate à conduire et demande de la part du clinicien beaucoup de patience et de tact.

CHAPITRE II

INTOXICATIONS CÉRÉBRALES ACCIDENTELLES ET TRANSITOIRES LES IVRESSES

Par J. ROUBINOVITCH

A. — Ivresse alçoolique.

Sous ce titre nous comprenons l'ensemble des troubles dus à une intoxication alcoolique cérébro-spinale accidentelle et transitoire. Nous ne nous occuperons pas ici du *delirium tremens* qui est un épisode aigu au cours de l'intoxication alcoolique habituelle et prolongée (intoxication chronique).

Les symptômes, essentiellement passagers comme l'intoxication, varient avec le sujet lui-même, la dose du liquide absorbé, la nature de ce dernier. Quand, plus loin, nous aborderons l'étude de l'alcoolisme dans son ensemble, nous aurons à nous occuper de la composition des différentes boissons alcooliques, vins, vermouth, bitters, absinthe et similaires. Nous verrons alors que, à part les alcools supérieurs ou inférieurs, dans la composition de quelques-unes de ces boissons entrent des substances comme l'absinthe, l'hysope, le fenouil qui ont des propriétés épileptisantes ; qu'il entre dans d'autres boissons de l'anis, de la badiane, de l'origan, de la menthe dont l'action est principalement stupéfiante. Dans d'autres boissons encore se trouvent ajoutées des matières colorantes et des bouquets dont l'action sur l'organisme est parfois très nuisible. Chacune de ces substances a nécessairement sa part dans les manifestations cliniques ; on voit donc que l'ivresse peut revêtir un grand nombre de formes. Après avoir décrit l'ensemble symptomatique de l'intoxication alcoolique aiguë nous indiquerons très rapidement les traits essentiels de ses variétés.

Symptomatologie. — Dans un *accès d'ivresse* on constate généralement trois phases bien caractéristiques.

Dans la *première* domine un sentiment d'*euphorie physique et psychique*. Sous l'influence d'une accélération de la circulation et de la respiration, l'activité vitale semble augmentée. Le sang afflue à la périphérie, une sensation de chaleur agréable se répand dans le corps, la peau se couvre d'une légère moiteur et la sécrétion urinaire est plus abondante. L'individu éprouve alors un véritable bien-être qui le rend gai, content de tout et de tout le monde, communicatif à l'excès, débordant de tendresse, bêtement sensible,

volontiers érotique. Son activité psychique semble augmentée et si ses facultés intellectuelles sont d'une bonne moyenne à l'état habituel, elles peuvent paraître brillantes dans cette phase d'excitation.

Le débile, en pareille circonstance, ne gagne rien, au contraire : il perd vite le sentiment de la réalité, confond tout, devient rapidement absurde. Si l'excitation physique et psychique est la règle dans la première phase de l'ivresse, on peut cependant observer chez certains individus, réfractaires à l'action de l'alcool, une dépression accompagnée d'un grand ralentissement de toutes les fonctions avec tristesse pouvant aller jusqu'à la stupeur.

Après une heure ou deux (la durée de la première phase est très variable), le tableau clinique change et la note dominante est une sorte d'*ataxie physique et intellectuelle*. Une grande incoordination se produit dans les mouvements des membres supérieurs et inférieurs. L'individu devient maladroit pour les actes les plus simples comme de mettre son chapeau, de revêtir son pardessus ou de le boutonner. Il titube, trébuche, tombe et c'est avec raison qu'on a comparé sa façon de marcher à celle des sujets atteints d'une tumeur du cervelet ou d'une lésion des tubercules quadrijumeaux. A l'ataxie des membres s'ajoute l'embarras de la parole. La sensibilité cutanée est souvent éteinte. Il y a parfois de la diplopie. Au milieu de ces désordres moteurs et sensitivo-sensoriels apparaissent quelques illusions et hallucinations visuelles, auditives ou tactiles qui déterminent chez le sujet un débit bizarre ou des expressions de colère, de joie, de tristesse, d'attendrissement s'entremêlant d'une façon tout à fait absurde. Le visage est le plus souvent injecté, rouge, quelquefois pâle ; les yeux sont brillants et égarés, les veines du cou gorgées de sang. La bouche est sèche. Des nausées, des vomissements ne sont points rares. Les battements du cœur sont irréguliers, précipités, ainsi que les mouvements respiratoires. La sécrétion urinaire reste très active et la peau est couverte de sueur.

A la troisième phase, l'homme est ce qu'on appelle ivre-mort. C'est une véritable apoplexie comateuse avec hébétude, résolution des membres, abolition complète de toutes les fonctions de la vie de relation, anesthésie générale, perte totale des réflexes. De l'individu si content, si heureux de vivre de la première phase, ne reste plus qu'une masse animale inerte, où la vie végétative seule persiste. La peau est couverte d'une sueur profuse. La face est bleuâtre, livide, cyanosée. Les pupilles dilatées et immobiles donnent aux yeux un aspect vitreux, atone. Les sphincters sont relâchés et permettent des évacuations involontaires.

Durée. Terminaison. Pronostic. — Cette dernière phase peut durer un ou plusieurs jours. Le plus souvent le sujet sort de l'accès courbaturé, mal en train, avec des troubles digestifs plus ou moins accusés, ayant besoin d'un jour ou deux pour retrouver son ancienne aptitude au travail. La guérison est donc la terminaison habituelle de l'accès. Il faut seulement noter la possibilité de l'éclosion, chez certains ivrognes, de l'albuminurie transitoire comme cela a été signalé par Lancereaux et A. Voisin, de l'hépatalgie, de l'ictère

aigu, simple ou malin. Chez d'autres, étendus ivre-morts sur la terre détrempée par les pluies ou durcie par la gelée, on trouve des bronchites, des pleurésies, des pneumonies.

L'accès d'ivresse peut se terminer par la mort : le coma qui caractérise la troisième phase persiste, devient plus profond, s'accompagne d'un pouls extrêmement petit, fréquent et qui finit par disparaître complètement. On observe ce genre de mort chez des individus qui absorbent dans un temps très limité des quantités considérables d'alcool et qui succombent à une intoxication suraiguë. De même chez les individus atteints d'une affection organique comme une endocardite, une néphrite. Parmi les complications qui peuvent survenir au cours de l'ivresse et déterminer la mort, il faut signaler surtout l'hémorrhagie méningée.

Anatomie pathologique. — Les lésions qu'on constate dans les autopsies de sujets morts à la suite d'un accès d'ivresse sont très variables. Le plus souvent on observe de l'hypérémie, de la congestion, quelquefois des hémorrhagies ou des suppurations à marche rapide. L'encéphale est presque toujours hypérémié et la substance corticale est gorgée de sang ainsi que les réseaux capillaires de la pie-mère, toujours injectée. Au niveau des ventricules existe un exsudat. Les veines de Galien sont plus volumineuses. Il y a stase veineuse. Au niveau de la pie-mère, on trouve çà et là des suffusions sanguines qui rappellent l'aspect d'ecchymoses traumatiques. Parfois on rencontre une petite collection sanguine située au-dessus de l'arachnoïde et provenant d'une artériole sous-jacente : c'est une hémorrhagie méningée qui a provoqué le coma.

Les lésions histologiques dans l'intoxication absinthique expérimentale ont été dernièrement étudiées par Marinesco [1].

Il a injecté à des lapins de $0^{cc},5$ à 2 centimètres cubes d'essence d'absinthe. Au bout de vingt à quarante minutes, se déclaraient des accès francs d'épilepsie. Dans la moelle de la plupart des lapins soumis à cette expérience, il a constaté, à l'aide de la méthode de Nissl, des lésions intéressant non seulement les cellules radiculaires des cornes antérieures, mais aussi les cellules des cordons. Ces altérations cellulaires sont d'autant plus intenses que l'animal a vécu plus longtemps avec des convulsions. Chez un lapin dont les convulsions ont duré quinze heures environ, il a constaté une augmentation de volume des cellules radiculaires avec chromatolyse périphérique très accentué, tandis que chez les animaux qui n'ont survécu que de quatre à huit heures, la tuméfaction du corps cellulaire est moindre, et la chromatolyse quoique périphérique, est plus discrète, étant plus souvent partielle que généralisée. On note des lésions analogues, mais moins accusées, dans le bulbe et au niveau de l'écorce cérébrale.

Le cervelet est fortement congestionné et au niveau de ses vaisseaux l'afflux de sang est considérable. A sa base on peut observer également des

[1] Académie des Sciences, 5 juin 1899. — V. *Semaine médicale*, n° 26, 1899, 14 juin.

suffusions sanguines. Cette localisation de la congestion au niveau du cervelet rend compte, jusqu'à un certain point, des phénomènes de titubation au cours de l'ivresse, puisque ce même phénomène se reproduit dans l'ataxie cérébelleuse et dans les tumeurs du cervelet.

Les lésions des autres organes portent le même cachet : hypérémie, congestion.

La muqueuse de l'estomac est rouge, injectée, couverte d'ecchymoses. Parfois on se trouve en présence d'une gastrite aiguë phlegmoneuse.

Le foie, dans l'ivresse à évolution très rapide, ne porte généralement aucune lésion notable, mais une analyse chimique permet d'y constater la présence de l'alcool.

Au niveau de l'appareil respiratoire on constate une injection des bronches. Dans certains cas la congestion est très prononcée ; elle peut même s'accompagner par place de foyers ecchymotiques ou apoplectiques. On a signalé aussi des broncho-pneumonies et, à titre de complication par infection secondaire, des suppurations pulmonaires à marche rapide.

Au cœur, l'endocarde est congestionné, imbibé de sérosités sanguinolentes.

Diagnostic. — Un accès d'ivresse se reconnaît facilement dans ses deux premières phases. Pendant le coma, le diagnostic est beaucoup plus délicat. On se guide généralement par l'odeur alcoolique de l'haleine pour révéler le corps du délit. Si dans la majorité des cas le signe est excellent, il peut dans certaines circonstances, qui ne sont point rares, induire en erreur. On peut en effet se trouver en présence d'un comitial qui, au sortir de table où il a bu du vin, est pris d'une attaque de haut mal : son état comateux sera dû à l'épilepsie et non à l'ivresse. Il se peut encore que l'individu soit ivre, mais que son état comateux soit produit par une congestion cérébrale ou une hémorrhagie méningée indépendante de l'accès actuel d'ivresse. Enfin, il a pu être pris d'une syncope et abreuvé d'alcool à ce propos par son entourage, dans le but de le rappeler à la vie.

Le signe de l'haleine n'a donc pas une valeur absolue ; cependant, comme nous l'avons dit, il suffira le plus souvent pour ne pas confondre l'état comateux de l'ivresse avec les comas dus à l'épilepsie, à l'hémorrhagie cérébrale, à l'urémie, au diabète.

Variétés de l'ivresse. — Les différents éléments qui interviennent dans la production de l'ivresse alcoolique — le sujet avec son idiosyncrasie et sa résistance, le poison avec la variabilité à l'infini de son degré de concentration et de sa composition chimique — font que l'accès revêt des formes très variées. Nous ne pouvons qu'en esquisser quelques-unes, et encore très sommairement.

Ivresse absinthique — Au tableau clinique que nous avons tracé plus haut, s'ajoutent les attaques convulsives. Ces dernières débutent et évoluent comme de véritables attaques comitiales. On y constate de la raideur tétanique des muscles du cou et du tronc avec convulsions des membres. La morsure

de la langue, la respiration stertoreuse, la miction ou la défécation involontaire, le coma final, tous les symptômes de l'épilepsie s'y reproduisent. La durée de l'attaque est d'une ou plusieurs heures. Au sortir de la crise, on constate des phénomènes d'amnésie, comme après une attaque comitiale.

Ivresse amnésique. — Appelée encore *somnambulisme alcoolique*[1], cette variété de l'ivresse se caractérise par un état d'automatisme cérébral, avec inconscience et perte du souvenir de ce qui s'est passé pendant l'orgie. Tel, l'individu cité par Beard qui envoyé pour affaires à New-York, se mit dans cette ville en état d'ivresse; mais, tout en continuant à boire, il remplit la mission commerciale qui lui avait été confiée. Au bout de quatre jours, l'accès d'ivresse se dissipa; seulement, le souvenir de toutes les démarches faites avait disparu, et à tel point que l'individu les recommença, à la grande stupéfaction des commerçants auxquels il s'était déjà adressé. Dans une observation de Francotte, il s'agit d'une amnésie provoquée par l'alcool et qui dura quarante-huit heures.

On a cité des cas où l'automatisme cérébral déterminé par un excès d'ivresse a duré bien plus longtemps. Dans une observation déjà ancienne de Bulard[2] il s'agit d'un individu qui ne sut rien se rappeler de ce qu'il avait fait depuis quinze jours. Crothers a rapporté en 1889 plusieurs faits analogues[3].

Ivresse excito-motrice, maniaque ou furieuse. — C'est surtout en Belgique, en Russie qu'on observe cette variété qui se caractérise par une sorte de décharge motrice avec impulsion irrésistible à briser, à frapper, à tuer[4]. Paul Garnier en a décrit une sous-variété dite *ivresse pseudo-rabique* dans laquelle l'individu éprouve une impulsion à mordre, mais sans hydrophobie, surtout pour les liquides contenant de l'alcool.

Traitement. — Les anciens étaient appelés souvent à s'occuper de l'ivresse. Leur thérapeutique comprenait deux sortes de remèdes, ceux qu'on devait employer avant la beuverie et ceux qu'on administrait quand on se trouvait en présence de son résultat complet.

Les premiers destinés à empêcher les fumées des boissons d'affecter le cerveau consistaient dans un plat de poireaux ou de choux ou bien dans des tisanes de rue, des graines de myrthe, de verjus, des pommes aigres, des nèfles, des mûres, des asperges, du thym. La pierre ponce en poudre avait la même action préservatrice. Pour ôter au vin son action enivrante, on le mé-

[1] Francotte. Du somnambulisme alcoolique considéré surtout au point de vue médico-légal. *Comptes rendus du IVe Congrès International d'anthropologie criminelle.* Session de Genève 1896.

[2] Bulard. Alcoolisme, escroquerie, ordonnance de non-lieu. Rapport médico-légal. *Ann. méd. psych.*, 30e année, 1872.

[3] Crothers. In *Comptes rendus du Congrès international de médecine mentale.* Session de Paris, 1889, p. 465.

[4] Barella. *De l'alcoolisme.* Bruxelles, 1898, p. 32, 33.

langeait avec du gingembre, du poivre, des épices, du miel, de la résine, de l'huile de rose, du vinaigre et de l'eau de mer.

Les remèdes de la deuxième catégorie combattaient l'ivresse par un mélange d'eau tiède et de vinaigre qui provoquait un vomissement. On mettait ensuite des linges humides autour de la tête et on arrosait les parties génitales avec de l'au froide. Les matelots anglais ont encore recours aujourd'hui à ce dernier moyen.

La thérapeutique actuelle est un peu différente. On fait vomir avec une injection hypodermique d'apomorphine, on a recours à la pompe stomacale. Pour ranimer l'ivrogne comateux on lui fait absorber huit à dix gouttes d'ammoniaque dans de l'eau sucrée. En Angleterre, on se sert dans ce but de la teinture de cardamone. En cas de congestion cérébrale, on applique sur la face interne des membres inférieurs des sinapismes, on administre des lavements purgatifs.

Les frictions, le massage peuvent rendre de grands services.

Si l'état comateux persiste et s'accentue, on administre des lavements de café, on pratique la respiration artificielle. Il faut se méfier de la phlébotomie, car la mort immédiate peut en être la conséquence. Si l'on juge une saignée indispensable, mieux vaut avoir recours aux ventouses scarifiées. Une fois les phénomènes inquiétants de l'accès disparus, le repos sera conseillé et le sommeil assurera la guérison.

B. — Ivresse oxy-carbonée.

L'oxyde de carbone (CO) et l'acide carbonique (CO^2) qui résultent tous deux de la combustion du carbone, sont impropres à entretenir la vie des animaux et exercent sur eux une action délétère. L'empoisonnement aigu par ces gaz donne lieu, entre autres phénomènes, à des troubles psychiques que nous décrirons sous le nom d'ivresse oxy-carbonée.

Cette intoxication était bien connue des anciens puisque Juvénal, Plutarque, Valère Maxime en sont morts. Boerhave a écrit : « vapor carbonum producit apoplexiam. »

Les recherches expérimentales sur l'action de ce gaz chez les animaux ont commencé vers la fin du XVIIIe siècle par Harmand, Portal, Bruquet. En 1802, l'oxyde de carbone est chimiquement isolé par Priestley. On cherche à déterminer les propriétés toxiques de CO à partir de 1853 : les travaux de Jourdes, de Léon Coze s'y rattachent et surtout de Claude Bernard qui d'abord, en 1857, dans ses « Leçons sur les substances toxiques et médicamenteuses », ensuite, en 1875, dans ses « Leçons sur les anesthésiques et l'asphyxie » démontre que l'oxyde de carbone exerce une action élective sur l'hémoglobine du globule rouge, en donnant lieu à la formation de l'hémoglobine oxy-carbonée qui est un composé cristallisable et plus fixe que l'hémoglobine vitale ; or, comme cette hémoglobine oxy-carbonée est incapable d'entretenir la combustion des tissus, il en résulte la cessation des phénomènes vitaux avec abaissement de la température. L'affinité du globule sanguin pour CO a été me-

surée par Gréhant qui a démontré que lorsqu'il y a dans l'air 1/5000 d'oxyde de carbone, un huitième du sang en est imprégné, et quand l'air en contient dans la proportion de un pour mille (1/1000), c'est la moitié du sang qui se trouve rapidement empoisonnée. L'action réductrice de ce gaz s'exerce non seulement sur le globule rouge, mais encore sur tous les tissus de l'économie. Son absorption se fait avec une grande rapidité et cela, même à l'air libre (Brouardel).

Pour résumer l'action toxique de l'oxyde de carbone d'après les travaux que nous venons de citer, on peut dire que le phénomène principal de cette intoxication est l'asphyxie produite par la suppression de la fonction cardinale du globule sanguin qui est de fixer l'oxygène. C'est un poison du sang.

Étiologie. — L'oxyde de carbone est l'agent principal de l'intoxication par la vapeur de charbon ; il existe aussi dans le gaz d'éclairage.

On observe l'ivresse oxy-carbonée à la suite de tentatives d'empoisonnement ou de suicides, à la suite d'accidents ou bien par suite de l'exercice de certaines professions.

L'empoisonnement criminel est rare, difficile à réaliser sur une personne adulte ; il s'observe plus souvent chez les enfants dans les empoisonnements collectifs.

Sur toutes les tentatives de suicide par le poison, celles par l'oxyde de carbone sont les plus fréquentes en France, 82 p. 100.

Parmi les causes accidentelles, nous citerons en premier lieu les poêles mobiles, dans lesquels il se fait une production continuelle d'oxyde de carbone par suite de la mise en présence constante de l'acide carbonique et du charbon surchauffé, c'est-à-dire, quand il y a : $CO^2 + C = 2\ CO$.

Tous les autres appareils de chauffage dans lesquels les foyers ne sont pas munis d'un tuyau de dégagement suffisant constituent également une source d'intoxication par l'oxyde de carbone : tels sont les cheminées où les calorifères mal construits, les chaufferettes des appartements ou des voitures.

Les braseros, les poêles en fonte chauffés au rouge sont dans le même cas.

Dans les incendies, il n'est pas rare d'observer l'ivresse oxy-carbonée ; elle peut aussi être provoquée par le gaz d'éclairage, soit lorsqu'il s'échappe dans les fuites à travers le sol, soit quand il sort des becs dits papillons.

Cette ivresse peut être la conséquence de certaines professions : les ouvriers des usines à gaz, des fours à chaux, des mines industrielles (explosion du grisou), des mines de guerre (explosion de la poudre), des hauts fourneaux, des fondeurs, des chauffeurs de machines à vapeur, y sont très sujets.

De même les cuisiniers, pâtissiers, blanchisseuses-repasseuses, tailleurs, s'exposent tout particulièrement à cette intoxication.

D'après Gréhant, la fumée de cigarettes, surtout quand on l'aspire, peut occasionner des accidents analogues.

Symptomatologie. — Dans la grande majorité des cas l'intoxication aiguë

par l'oxyde de carbone provoque la mort, et les phénomènes de l'ivresse sont au second plan.

Quand le poison est absorbé à dose massive, la mort survient rapidement par syncope, après un violent mal de tête accompagné de vertige.

Si au lieu d'être massive, l'intoxication aiguë est progressive, les phénomènes précédant la syncope forment un ensemble, qu'on peut diviser en *trois phases :*

La *première* comprend toute sorte de sensations subjectives parmi lesquelles la céphalalgie est la plus importante. Cette céphalalgie est localisée principalement aux tempes où le malade éprouve un resserrement extrêmement pénible, en même temps qu'il sent dans l'intérieur de la tête des battements, des coups. Puis viennent les sensations auditives : bourdonnements, sifflements, ronflements ; au milieu de ces divers bruits éclate de temps à autre un son particulièrement strident qui retentit sur le cerveau d'une façon douloureuse comme s'il venait d'être directement frappé avec un instrument à la fois lourd et sonore.

Du côté de l'appareil visuel, il y a des lueurs entrecoupées d'éclairs qui s'accompagnent d'une vive irritation d'yeux, avec sensation de cuisson et larmoiement. La sensibilité générale n'est pas épargnée et très souvent il existe une douleur poignante, déchirante derrière le sternum.

Le symptôme capital de la *deuxième phase* est constitué par les vertiges s'accompagnant de bâillements, de sputations fréquentes, de nausées et de vomissements. Quelquefois on constate de l'hyperesthésie généralisée.

L'anesthésie annonce la *troisième phase*.

L'intelligence s'obnubile, la volonté s'anéantit, la perte de connaissance se produit. L'insensibilité cutanée commence par les extrémités des membres ; elle gagne progressivement, arrive jusqu'à leur racine, atteint le thorax, la région sternale, l'abdomen, et quand elle devient générale, la pupille se dilate et ne réagit plus à aucun excitant.

Dans cette phase ultime qui précède la mort, le malade émet des plaintes, des gémissements, des cris. Très souvent, il a des convulsions qui peuvent même quelquefois se déclarer dès la deuxième phase. D'abord cloniques, composées généralement de mouvements de rotation sur l'axe longitudinal du corps avec spasmes respiratoires, claquement des mâchoires, mouvements convulsifs de déglutition, les convulsions deviennent bientôt toniques s'accompagnant de raideur, d'opisthotonos, d'immobilité avec état tétanique de toute la musculature.

La face est cyanosée, l'écume apparaît aux lèvres, le corps se couvre de marbrures bleuâtres ou rosées, la respiration s'arrête, puis le cœur s'arrête à son tour.

Quand le sujet échappe à la mort immédiate, aux signes que nous avons indiqués viennent s'ajouter parfois des troubles mentaux qui peuvent débuter en même temps que les symptômes initiaux ou apparaître dans les jours qui suivent, au même titre d'ailleurs que les troubles de la sensibilité, les phéno-

mènes spasmodiques, les paralysies, les troubles trophiques et cardio-pulmonaires.

Aussitot après les premiers phénomènes de l'empoisonnement, au sortir de l'état comateux, il peut se déclarer un accès d'excitation avec cris, hurlements, actes de violence, idées délirantes. L'excitation dure un temps variable, un ou plusieurs jours, et généralement elle est suivie d'un affaiblissement passager des facultés intellectuelles, d'une sorte de démence d'emblée, transitoire, avec torpeur, ahurissement rappelant le tableau clinique de la démence vraie ou de la paralysie générale.

En effet, le sujet a le facies hébété, sa mémoire est très affaiblie, il ne paraît avoir aucune conscience de son état, il commet dans certains cas des actes insensés.

De toutes les manifestations de cette démence éphémère, l'amnésie a attiré plus particulièrement l'attention dans le but de la différencier de l'affaiblissement de la mémoire observée dans les vraies démences.

Très souvent, il ne s'agit en réalité que d'une amnésie partielle; tantôt, elle ne porte que sur les circonstances qui ont accompagné l'intoxication par l'oxyde de carbone (*amnésie rétrograde*); tantôt elle s'étend non seulement sur le fait d'intoxication, mais sur les jours, les mois qui l'ont précédée (*amnésie antérétrograde*); enfin, il y a des cas dans lesquels elle n'existe que pour les événements postérieurs à l'empoisonnement (*amnésie antérograde*).

Cet affaiblissement partiel de la mémoire est parfois conscient. Le plus souvent il se dissipe spontanément et progressivement au bout de quelques jours; il peut aussi, comme on l'a signalé, disparaître brusquement. Exceptionnellement, il peut se prolonger et persister indéfiniment.

Dans plusieurs observations on note le retour des accès d'excitation avec amnésie consécutive : le premier accès dure quelques jours, disparaît complètement; quinze jours après un nouvel accès se produit.

Cette façon d'évoluer est évidemment plus fréquente sur un terrain prédisposé et indique une tendance à la transformation de l'accès accidentel en démence ou en paralysie générale.

Les accidents psychiques peuvent s'accompagner d'une série d'autres troubles que nous ne pouvons indiquer que très rapidement.

Du côté de la motilité on peut observer de l'impotence musculaire plus ou moins généralisée, des hémiplégies, des paraplégies ou des monoplégies, comme celle du deltoïde par exemple. Ces troubles moteurs peuvent avoir pour cause une lésion cérébrale telle qu'un ramollissement de la substance corticale ou de noyaux centraux, une hémorrhagie cérébrale ou méningée; ils peuvent aussi être motivés par une lésion spinale comme la paralysie générale spinale antérieure subaiguë de Duchenne de Boulogne, la paralysie ascendante aiguë ou de Landry, la myélite centrale aiguë; sous la même influence toxique les lésions peuvent atteindre les nerfs périphériques, et les troubles moteurs seront dus en ce cas à des névrites. Enfin, l'empoisonnement oxycarbonée, sans déterminer des lésions appréciables, réveille chez le sujet une hystérie latente qui peut, comme on le sait, se manifester par les troubles

moteurs les plus variés, parmi lesquels les paralysies sont très fréquentes.

Les accidents convulsifs, les spasmes, les tremblements sont fréquents au cours des accidents psychiques décrits plus haut. De même, les troubles de la sensibilité.

Nous avons insisté déjà sur les propriétés anesthésiques de l'oxyde de carbone et nous avons indiqué que l'anesthésie progressive et générale est précédée d'une hyperesthésie très remarquable par les sensations subjectives pénibles auxquelles elle donne lieu. Le réveil de l'hystérie donne quelquefois lieu à des troubles sensitifs qui lui sont particuliers.

Au cours de l'ivresse oxy-carbonée, et d'une façon tout à fait précoce, on peut observer des troubles vaso-moteurs, trophiques, secrétoires.

Sur les parties déclives du corps on voit apparaître des plaques rouges, noueuses, des ecchymoses, des œdèmes. Sur d'autres régions se montrent des bulles de pemphigus, des phlyctènes, des escharres au sacrum ou au talon, des éruptions d'herpès sur le trajet des sciatiques, le zona des branches du trijumeau.

Ce sont pour la plupart autant de manifestations liées soit à une myélite soit à une névrite. Les sueurs profuses, la glycosurie, l'albuminurie s'ajoutent quelquefois à ces troubles trophiques.

Mentionnons aussi les troubles sensoriels ; pendant un ou plusieurs jours, rarement plus longtemps, le sujet peut être atteint d'une amaurose, d'un rétrécissement du champ visuel, d'une dyschromatopsie grâce à une lésion passagère du fond de l'œil ou à l'hystérie. De même, une surdité avec perception de bruits subjectifs, une aphasie transitoire, peut survenir. L'action de l'oxyde de carbone sur le cœur se manifeste par des palpitations, de l'arythmie, et sur les poumons par des congestions, des œdèmes, des hémorrhagies pulmonaires, de l'emphysème, des hémoptysies.

La destruction des globules rouges passagère ou prolongée qui constitue le fait fondamental de l'intoxication par l'oxyde de carbone, détermine de l'anémie avec pâleur, essouflement, palpitations, bruits morbides à l'auscultation du cœur et des vaisseaux. On constate dans le sang une grande abondance de pigments provenant de la destruction globulaire, et dans les urines de l'urobiline, due à ces pigments.

D'autres phénomènes comme des troubles digestifs, un affaiblissement général, un amaigrissement indiquent une atteinte de l'organisme tout entier dans l'intoxication aiguë par CO. Les principaux phénomènes, les troubles psychiques, sensitifs, moteurs, disparaissent comme nous l'avons vu, au bout de quelques jours, mais la nutrition générale reste longtemps languissante, et le rétablissement complet de l'organisme ne s'opère qu'au bout de plusieurs mois ou même de plusieurs années.

Anatomie pathologique. — Le cadavre des sujets morts à la suite d'une intoxication aiguë par l'oxyde de carbone est particulièrement bien conservé, la putréfaction se trouvant dans ce cas sensiblement retardée.

Le sang est rutilant et tous les organes riches en vaisseaux, comme les

séreuses très vasculaires (les méninges, le péritoine) offrent une teinte rouge-clair. Quand l'autopsie est faite peu de temps après la mort, le sang veineux lui-même est rutilant. L'action de l'oxyde de carbone sur l'hémoglobine explique cette coloration. L'examen spectroscopique du sang fournit les renseignements pathognomoniques. Le spectre du sang normal, c'est-à-dire chargé d'oxygène, est composé de deux bandes minces d'absorption, l'une dans le jaune, l'autre dans le vert, entre les raies D et E de Frauenhofer. Quand le sang est privé d'oxygène, les deux bandes se trouvent remplacées par une seule, plus large, dans le jaune. Une disposition toute autre caractérise le spectre du sang oxy-carboné ; là, les deux raies sont reportées vers la droite, vers le violet; les deux bandes d'absorption persistent, et il est impossible de faire apparaître la bande unique de l'hémoglobine réduite.

Quand l'intoxication aiguë a duré un certain temps, on peut trouver à l'autopsie des lésions parmi lesquelles nous signalerons celles du système nerveux : du coté du cerveau, des congestions, des hémorragies cérébrales ou méningées, des foyers de ramollissement; des lésions diverses de la moelle; des névrites; de l'apoplexie des nerfs périphériques.

Diagnostic. — Dans l'ivresse oxy-carbonée il faut envisager, au point de vue du diagnostic, deux ordres d'accidents, les uns immédiats, les autres consécutifs. Les accidents immédiats peuvent faire songer à une intoxication aiguë par l'alcool ou par un poison narcotique quelconque.

L'état comateux d'origine oxy-carbonée peut être pris pour un coma épileptique.

On sera vite éclairé sur la véritable cause des accidents par l'examen des circonstances au milieu desquelles ils ont éclaté et des commémoratifs. La présence des plaques rosées sur la surface du corps confirmera les présomptions en faveur d'un empoisonnement par CO, et le diagnostic sera établi lorsqu'on constatera, à l'aide d'une petite saignée, la rutilance caractéristique du sang veineux.

Les difficultés du diagnostic sont plus grandes, en présence d'accidents psychiques consécutifs.

L'accès d'excitation maniaque s'accompagne d'une grande confusion mentale ; il y a ensuite un affaiblissement transitoire des facultés avec amnésie partielle sur laquelle nous avons insisté. Pour interpréter avec justesse la nature de ces troubles, il faut reconstituer l'histoire clinique du malade dès le début de son affection, examiner les conditions de sa profession, son hygiène ; faire l'examen spectroscopique de son sang.

Pronostic. — Les accidents psychiques, comme les autres troubles du système nerveux, se dissipent au bout de quelques jours. Telle est la règle. Cependant, il faut songer à la possibilité de lésions centrales de l'encéphale, exceptionnelles il est vrai, mais incurables ou même mortelles.

Parmi les complications qui accompagnent les troubles psychiques, les plus importantes : paralysies périphériques, troubles trophiques isolés, ané-

mie, états de dénutrition, comportent généralement un pronostic favorable, quoiqu'elles peuvent quelquefois dépasser de beaucoup, en durée, la démence passagère provoquée par l'oxyde de carbone.

Traitement. — Les accidents psychiques immédiats nécessitent une intervention rapide à cause du coma avec asphyxie qui peuvent survenir d'un moment à l'autre. Il faut alors pratiquer vite la respiration artificielle, les frictions, les flagellations avec des compresses froides et chaudes, des applications du marteau de Mayor, des inhalations prolongées d'oxygène, la faradisation des points d'insertion du diaphragme. En cas d'asphyxie commençante, les tractions rythmées de la langue rendront le plus grand service. Contre l'empoisonnement du sang, on a conseillé des injections sous-cutanées d'ergotine (Klebs[1]), la saignée, la transfusion, l'injection d'eau oxygénée. Halsted [2] a proposé la saignée artérielle avec réinjection du sang dans le bout central de l'artère, après défibrination.

Le traitement de l'excitation suivie de démence transitoire doit se faire *au lit*. On combattra principalement les accidents d'anémie et les troubles de la nutrition générale en mettant en œuvre une alimentation appropriée, des toniques et des ferrugineux.

Bibliographie. — In Travaux de Boerhaave; in Traité d'Esquirol; Mémoire de Bourdon, 1843. — W.-N. Chardine. Sur les affections nerveuses d'origine oxy-carbonique et sur les altérations des centres nerveux dans l'intoxication par l'oxyde de carbone. *Th. de Saint-Pétersbourg*, 1885. — Obersteiner. *Semaine Médicale*, 1886, p. 27. — Thomsen. *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1888, p. 675. — Pouchet. Bouchereau, Briand et Motet. *Sem. méd.*, 1888, p. 274. — Briand. *Sem. méd.*, 1889, p. 513. — Becker. *Deutsh. med. Wochenschr.*, 1889, p. 513. — Raffegeau. *Ann. méd. psychol.*, 1889, mai et juin. — Moreau (de Tours). *Congrès des Soc. savantes*, 1890. — Boulloche. *Arch. de Neurologie*, 1890, n° 59, p. 212. — Cramer. *Centralb. f. Allg. Path.*, 1891. — Schwerin. *Berl. Klin. Woch.*, 1897, p. 1089. — Fallot. *Ann. d'hygiène publ. et de méd. lég. Sem. méd.*, 1892, p. 100. — Legrain. *Ann. méd. psych.*, 1892, mars-avril, p. 215. — Posselt. *Wien. Klin. Woch.*, 1893, NN. 21 et 22. — Finkelstein. *Arch. russes de Psych. et de Neurol.*, 1895, t. XXVI, p. 30. — Toulouse, *Les causes de la folie.* Paris, 1896, p. 205. — Scott. *The Lancet*, 1896, p. 217. — W.-N. Jergolsky. *Bull. des Séances de la Soc. Méd. de Kalouga* (Russie), 1897, p. 47. — B. Greidenberg. Des psychoses consécutives à l'intoxication oxy-carbonique. *Ann. méd. psych.*, 1900, juillet-août.

C. — Ivresse du hachisch.

Nous désignons sous ce titre l'ivresse que produit l'absorption d'une préparation ayant pour base les sommités et les feuilles du chanvre indien (*Cannabis indica*, L., variété du *cannabis sativa*). Ce genre d'ivresse a été étudié plus particulièrement par Giraud, Moreau (de Tours) et plus récemment par Lange.

[1] Klebs. *Deutsche Klin.*, n° 12, 1865.

[2] Halsted. Refusion in carbonic oxyd poisoning. *Medical News*, 8 décembre 1883.

C'est en Asie et dans la partie orientale de l'Europe qu'on observe cette intoxication ; elle peut se produire de deux façons : par les voies respiratoires en fumant les feuilles du chanvre indien préalablement séchées et connues alors sous le nom de *bang*, ou par les voies digestives, en mangeant certaines préparations faites avec cette plante. Les préparations destinées à être ingérées sont assez nombreuses; nous ne citerons que les plus fréquemment employées ; ce sont : 1° Sommités et feuilles bouillies dans de l'eau et du beurre et constituant ainsi « l'extrait gras simple » ; 2° Même bouillon additionné de diverses matières aromatiques et quelquefois de cantharides ; c'est l'extrait gras aromatique, ayant l'aspect d'une pommade ou d'un onguent portant le nom de *dawamesc ;* 3° Résine extraite de la plante à l'aide d'alcool ou d'éther remarquable par son odeur particulièrement âcre; c'est l'*hachischine* ou la *cannabine* avec laquelle on fait des pilules ; 4° Teinture alcoolique de la plante remarquable par son activité et son goût extrêmement désagréable ; 5° Huile volatile résultant de la distillation de cannabis, isolée par Personne sous le nom de Cannabène ($C^{36}H^{20}$), préparation très active ayant l'odeur du chanvre et une couleur ambrée. En Europe, on se sert surtout des trois dernières préparations, les deux premières sont employées dans l'Orient.

Symptomatologie. — Dans l'ivresse occasionnée par le hachisch sous ses diverses formes, on constate deux états en apparence contradictoires : grande excitation et extrême dépression ; ce fait ne doit guère nous étonner : nous l'observons dans les effets d'une foule d'autres substances toxiques, comme l'alcool, le chloroforme, la morphine. On constate d'ailleurs de grandes variations dans les manifestations de cette ivresse, car à côté du facteur hachisch, il y a à considérer : la dose du poison, les substances absorbées simultanément pour modifier l'action de ce dernier, enfin la résistance de l'individu lui-même qui donne à son ivresse une note personnelle.

Où l'on voit nettement le mode d'action du hachisch, c'est lorsqu'on aspire pendant quelques secondes l'huile volatile connue sous le nom de cannabène : l'agitation devient rapidement frémissante, on éprouve pendant un grand moment un besoin impérieux de marcher, de remuer les bras, les jambes, tout le corps ; puis une lassitude extrême s'empare de l'être entier ; on est complètement abattu avec l'impression générale d'un commencement de syncope.

Les amateurs de hachisch préfèrent ingérer quelques pilules de cannabine que d'aspirer la cannabène. Si donc la dose ne dépasse pas 15 à 20 centigrammes, l'ivresse se manifeste assez rapidement par une sorte d'excitation cérébrale singulière : les idées affluent avec abondance, mais dans un grand désordre; le sujet qui cherchait justement à déterminer cet afflux de conceptions neuves et subtiles est tout surpris des difficultés énormes qu'il éprouve à les associer ; les images s'enchevêtrent au hasard ; les souvenirs s'embrouillent sans qu'il y ait d'amnésie, par suite de l'impossibilité d'établir entre les conceptions un lien logique. En même temps, l'appétit augmente et les fonctions génitales s'exaltent. Cet état d'excitation est géné-

ralement de courte durée et fait bientôt place à une grande lassitude.

Si la dose de cannabine est portée à 30, 40 centigrammes, l'excitation du début est beaucoup plus courte et l'effet dépressif plus rapide, plus profond ; l'individu s'endort dans un sommeil lourd, parfois accompagné d'anesthésie générale. Au delà de 40 centigrammes de hachischine, l'ivresse devient délirante. Le délire est très variable selon les individus ; ses principaux symptômes sont : une agitation motrice plus ou moins intense, des hallucinations surtout visuelles, quelquefois auditives, des idées obsédantes, des troubles de la mémoire avec grand désordre dans les souvenirs. Dans certains cas, outre ces manifestations morbides, se déclare une impossibilité d'apprécier exactement le temps et la distance qui tous les deux semblent à l'intoxiqué d'une longueur interminable.

Lange [1] cite une observation personnelle d'ivresse par le hachisch que nous croyons intéressant de résumer très rapidement. Il note le sentiment de bien-être qu'il a éprouvé une dizaine de minutes après l'absorption de 30 centigrammes de cannabine. Ses forces physiques lui semblaient considérablement augmentées, seulement il lui était particulièrement difficile d'accomplir un mouvement un peu complexe : l'association des mouvements dans un but déterminé était devenue impossible, comme d'ailleurs l'association des idées, et il constatait que, voulant concentrer toute son attention sur certaines expériences qu'on exécutait devant lui, il ne pouvait y parvenir. Au contraire, la perception passive des phénomènes du monde extérieur était devenue plus intense; c'est ainsi que les objets environnants prenaient des contours beaucoup plus nets que d'ordinaire ; leur couleur semblait plus éclatante. Au fur et à mesure de l'évolution de l'ivresse, la pensée active s'affaiblissait et par moment survenait comme une perte de connaissance ; la conscience revenait ensuite et il semblait alors à Lange qu'il était resté inconscient dix minutes, un quart d'heure, quand en réalité ces absences ne dépassaient pas cinq secondes. A un moment donné il perdit la notion du monde réel et les images évoquées par son imagination prirent l'intensité de véritables hallucinations qui se succédaient avec rapidité et qui consistaient en figures géométriques diverses très brillantes, analogues aux phosphènes. Au même moment, Lange note une céphalalgie très vive, des palpitations, un malaise général accompagné de sensations de ruisseaux de feu coulant le long de la colonne vertébrale, l'illusion de se sentir soulevé et transporté très loin avec impuissance complète à réagir; enfin, sentiment de tristesse infinie. Survint ensuite un anéantissement total, suivi d'un lourd sommeil qui dura un quart d'heure. Le réveil fut subit, instantané, avec retour presque immédiat à l'état normal. Le lendemain, Lange avait encore quelque difficulté à se livrer à un travail intellectuel, sa mémoire était un peu moins fidèle. Le surlendemain, tout était rentré dans l'ordre.

Nous avons tenu à rapporter ce court extrait de l'observation personnelle de Lange, où le tableau de l'intoxication aiguë par le hachisch est décrit avec

[1] N. Lange. *Problèmes de Philosophie et de Psychologie*. L. I, p. 147.

une grande précision. Nous retenons surtout la description du délire hallucinatoire qui rappelle par bien des caractères les délires d'origine toxique.

Le DIAGNOSTIC de l'ivresse par le hachisch est fondé principalement sur la connaissance des données étiologiques.

Dans le TRAITEMENT, il faut tenir compte de la quantité de poison absorbée et de la gravité des réactions produites. La dose est-elle faible et les manifestations d'intensité moyenne, il faut se contenter d'attendre que l'élimination du poison se fasse naturellement. Dans le cas contraire, il sera nécessaire de recourir à l'évacuation rapide du hachisch par des vomitifs, des lavages de l'estomac. Les doses massives produisant surtout des accidents comateux, il faudra employer des moyens stimulants de toute espèce : frictions, sinapismes, marteau de Mayor, café noir.

D. — Ivresses par intoxications diverses.

Aniline. — SYMPTÔMES. — Céphalalgie, vertiges, défaillances, nausées et vomissements ; puis, stupeur, perte de connaissance, parfois convulsions alternant avec des accès de délire et un tremblement généralisé. Pouls lent, faible, irrégulier. Respiration pénible. Peau froide, insensible, visage cyanosé.

Mort dans le coma, par paralysie de la respiration.

TRAITEMENT. — Médication évacuante : vomitifs et lavages de l'estomac.

Respiration artificielle, inhalations d'oxygène, stimulants, alcool, acétate d'ammoniaque. Frictions, compresses chaudes.

Antipyrine. — SYMPTÔMES. — Quelquefois, délire et convulsions ; en outre : érythèmes, œdèmes de la peau et des muqueuses, brûlures à l'estomac, nausées, vomissements, anurie passagère.

TRAITEMENT. — Caféine agissant comme diurétique.

Arsenic. — L'ivresse arsénicale n'a été que bien rarement constatée.

SYMPTÔMES. — Dans l'*intoxication suraiguë* on observe *une forme nerveuse* : céphalée; douleurs dans les membres; hyperesthésie cutanée; délire; convulsions, paralysie. Mort par syncope [1].

Dans l'*intoxication aiguë,* il peut y avoir du subdélirium au troisième ou quatrième jour.

Atropine. Belladone. — SYMPTÔMES. — 1re *phase.* Violente excitation cérébrale avec délire, hallucinations, tremblement. Dilatation des pupilles, vision troublée. Sécheresse de la bouche et de la gorge, empêchant la déglutition. Nausées. Symptômes de gastro-entérite.

[1] A. Tardieu, *Étude méd. lég. et clinique sur l'empoisonnement.* Paris, 1867.

2e *phase*. Dépression. Inertie musculaire ; sécheresse, rougeur, insensibilité de la peau. Battements cardiaques ralentis et irréguliers. Respiration haletante.

Mort dans le coma.

Traitement. — 1re *phase*. Lavages, vomitifs. Tannin. Solution iodo-iodurée faible.

2e *phase*. Stimulants : café, thé, alcool, éther, caféine, frictions, sinapismes. Respiration artificielle. Injections de pilocarpine, morphine, physostigmine ; chloral.

Benzine. — Peut être absorbée par inhalation ou par ingestion.

Symptômes. — Céphalalgie, vertiges, hallucinations, embarras de la parole.

Attaques convulsives. Anesthésies. Hyperesthésies. Parésies. Paralysies. Coma.

Traitement. — Vomitifs, lavages de l'estomac. Alcool. Acétate d'ammoniaque. Respiration artificielle. Electrisation.

Bromures. — Symptômes. — 1re *phase*. Céphalalgie, irritabilité. Troubles de la parole et de l'intelligence, surtout de la mémoire. Haleine fétide. Anesthésie du pharynx.

2e *phase*. Stupeur. Pouls faible, irrégulier.

Respiration ralentie.

Traitement. — Suppression des bromures. Purgatifs. Diurétiques : lait, lactose, caféine. Sudorifiques, lavements, injections de pylocarpine.

Acide carbonique. — *Inhalations de grandes quantités*.

Symptômes. — 1re *phase*. Céphalalgie. Vertiges. Bourdonnements d'oreille. Anxiété précordiale.

2e *phase*. Convulsions. Collapsus. Mort.

Traitement. — Grand air. Respiration artificielle. Tractions rythmées de la langue. Inhalations d'oxygène. Frictions.

Chloral. — Symptômes. — *Intoxication aiguë :* coma profond avec abolition de la sensibilité et des réflexes. Troubles de l'intelligence. Contractions cardiaques affaiblies. Respiration ralentie, irrégulière. Dyspnée avec angoisse précordiale. Face cyanosée, température abaissée. Mort par paralysie de la respiration.

Ces manifestations sont très analogues à celles qu'on constate à la suite d'un abus purement accidentel de l'alcool. Dans les observations d'ivresse chloralique relatées par Mackenzie [1], Kirn [2], on signale surtout des vertiges,

[1] Mackenzie. *Journal of mental science*, 1876.

[2] Kirn. *Berliner Klinische Wochenschrifft*, 1883, n° 47.

une démarche titubante, une excitation générale caractérisée par une volubilité plus ou moins grande de la parole et une agitation motrice. Comme dans l'ivresse alcoolique, cette excitation cède la place, au bout d'un certain temps, au sommeil.

Traitement. — Lavages de l'estomac, vomitifs. Stimulants. Réchauffants. Respiration artificielle. Injections hypodermique de strychnine ou d'atropine.

Chloroforme. — Symptômes. — 1° *Phase d'excitation*. Agitation, secousses musculaires ; loquacité ; délire confus.

2° *Phase de dépression*. Extinction de la sensibilité ; résolution musculaire. Mouvements respiratoires ralentis, irréguliers. Pouls affaibli. Face cyanosée. Pupilles dilatées.

Traitement. — Mettre la tête dans une position déclive. Tractions rythmées de la langue. Respiration artificielle. Inhalations de nitrite d'amyle, d'oxygène. Faradisation de la région cervico-dorsale de la moelle.

Ciguë, Cicutine. — Symptômes. — Démarche titubante. Tremblement ; quelquefois, convulsions. Faiblesse des membres, du cœur. Force musculaire progressivement diminuée. Sensibilité cutanée éteinte. Troubles de la vue. Pupilles dilatées et immobiles. Paralysie des muscles volontaires. Paralysie des muscles de la respiration.

Mort par asphyxie.

Traitement. — Vomitifs. Lavages de l'estomac. Tanin. Stimulants. Réchauffants.

Digitale et Digitaline. — Symptômes. — Céphalalgie. Vertiges. Troubles de la vue (dilatation pupillaire, xanthopsie, diminution de l'acuité visuelle). Délire. Convulsions. Quelquefois, état comateux. En même temps : nausées, anorexie, goût d'amertume. Vomissements, coliques, diarrhée. Pouls, d'abord rapide, se ralentit ensuite et devient faible, irrégulier. Dyspnée. Abaissement de la température. Prostration.

Traitement. — Avant que les vomissements se produisent : lavages de l'estomac, tanin ; thé, café, caféine, camphre, éther. Strychnine, aconitine (en injections hypodermiques). Glace. Position couchée. Régime lacté.

Esérine ou physostigmine. Intoxication possible par l'emploi des collyres à base d'ésérine [1]. — Symptômes. — Céphalalgie ; vertiges ; troubles de la vue (contraction des pupilles). Tremblement ; affaiblissement musculaire allant jusqu'à la paralysie. En même temps : vomissements, diarrhée, sueurs

[1] Roubinovitch. Ivresse par l'ésérine en collyres. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp.* Paris 1900, 35, XVII, 27-31.

froides, abondantes, salivation. Collapsus. Quelquefois, troubles délirants, absences, vertiges.

Mort par paralysie de la respiration.

Traitement. — Vomitifs, lavages de l'estomac. Stimulants : éther, caféine, frictions. Respiration artificielle. Atropine en injection hypodermique,

Ether. — Analogue au chloroforme (voir ci-dessus, p. 399).

Gaz d'éclairage. (Voir plus haut : Ivresse oxy-carbonique, p. 388).

Hydrogène sulfuré. — Action quelquefois foudroyante (*plomb des vidangeurs*). Symptômes. — État comateux entrecoupé de convulsions toniques et cloniques. Respiration irrégulière.

Traitement. — Grand air, respiration artificielle, oxygène. Petites quantités de chlore. Ether. Camphre.

Hyosciamine et Jusquiame. — Analogie avec l'*atropine* et la *belladone*. (V. ci-dessus, p. 397).

Iode et Iodures. — Ivresse iodique. — *Symptômes :* céphalalgie avec coryza, insomnie, tremblements, vertiges; quelquefois, en même temps : conjonctivite avec larmoiement, salivation, pharyngite, toux, exanthèmes, œdèmes cutanés; parfois, dyspnée par œdème des poumons; pouls accéléré, température élevée (fièvre iodique).

Traitement. — *Contre l'iode ingéré :* eau amidonée en quantité (iodure d'amidon insoluble et indifférent). Lavages de l'estomac.

Eau albumineuse, féculents. Préparations opiacées. Morphine en injections hypodermiques. *Contre l'iodisme.* — Suppression de l'iodure; 10 à 12 grammes de bicarbonate de soude en deux fois dans les vingt-quatre heures.

Iodoforme. — Symptômes : Céphalalgie, insomnie, irritabilité, hallucinations, délire, coma. En même temps : troubles digestifs (anorexie, goût désagréable, nausées, vomissements); troubles circulatoires (pouls fréquent et petit); troubles urinaires (rétention urinaire, albuminurie). Mort par paralysie du cœur et de la respiration.

Traitement. — Supprimer le médicament. Administrer du bicarbonate de soude pour fixer l'iode libre. Diurétiques, caféine.

Laudanum. — Voir plus loin l'article : Morphinisme (p. 447).

Nicotine. Tabac. — *Ivresse légère* (jeunes fumeurs). Symptômes : Céphalalgie; vertiges; malaises, nausées et vomissements; sueurs froides; défaillances. *Ivresse forte.* — Symptômes : Céphalalgie; vertiges; agitation;

troubles de la vue et de l'ouïe ; ralentissement du pouls ; dyspnée ; vomissements ; diarrhée. Faiblesse extrême avec refroidissement ; stupeur ; collapsus profond avec dyspnée intense, faiblesse du pouls. Mort par asphyxie.

Traitement. — Vomitifs, lavages de l'estomac ; tanin ; solution iodo-iodurée. Stimulants : café, éther, frictions sèches. Respiration artificielle.

Opium. — Voir article : Morphinisme (p. 447).

Phénol. — *Intoxication légère.* — Symptômes : Vertiges, stupeur, bourdonnements d'oreille, sensation de faiblesse, sueurs, ralentissement du pouls, urines noirâtres. *Intoxication grave.* — Symptômes : Perte de connaissance, collapsus, abaissement de la température, dyspnée, affaiblissement des contractions cardiaques. En outre, symptômes de gastro-entérite : cuisson dans la bouche, l'œsophage et l'estomac ; éructations, vomissements, coliques, diarrhée. Mort par paralysie des voies respiratoires.

Traitement. — Vomitifs, lavages de l'estomac ; neutraliser le poison avec une solution de sulfate de soude ou de magnésie (30 p. 1000) pour former des phénolsulfates insolubles ; eau de chaux, craie, saccharate de chaux ; contre le collapsus : stimulants, caféine, applications chaudes, frictions, électricité, oxygène.

Phosphore. — Symptômes : Dans les cas les plus graves : signes d'excitation, loquacité, délire actif, hallucinations, photophobie. Parfois, accès de manie aiguë. Le tout ne se prolonge guère au delà de vingt-quatre heures. Puis, coma et mort.

Plomb. — Voir plus loin l'article : Saturnisme (p. 460).

Quinine. — *A doses fortes.* — Symptômes : Bourdonnements d'oreille, troubles visuels, vertiges, titubation, vomissements, pouls affaibli, ralenti. Prostration générale. *A doses excessives* (3 à 5 gr.). Symptômes : Délire, surdité, convulsions, collapsus, respiration irrégulière, faiblesse du cœur, pouvant aller jusqu'à son arrêt.

Traitement. — Évacuants. Tannin. Stimulants : caféine, éther, boissons alcooliques, opiacés.

Salicylique (acide) et salicylate de soude. — Symptômes (*à doses trop élevées*) : Bourdonnements d'oreilles et dureté de l'ouïe, vertiges, sueurs, nausées et vomissements, troubles visuels, mort par arrêt du cœur et de la respiration.

Traitement. — Évacuants, stimulants.

Santonine. — Symptômes : Dépression générale, stupeur, convulsions épileptiformes.

Troubles oculaires : Xanthopsie, dilatation pupillaire, obnubilation de la vue.

Mort par arrêt de la respiration.

Traitement. — Évacuants, stimulants, calmants.

Strychnine. — Noix vomique, fève de Saint-Ignace.

Symptômes. — *Doses fortes.* Exaltation et perversion de la sensibilité sensorielle principalement de la vue (la lumière devient insupportable). Agitation, fourmillements, tiraillements, raideur des membres et du tronc ; secousses musculaires.

Doses toxiques d'emblée (5 centigr.). Symptomes. — Analogues à ceux du tétanos : Accès subits de convulsions généralisées ; anxiété extrême, contracture des mâchoires, opisthotonos, tétanos des muscles de la vie organique : respiration et la déglutition impossibles.

Pupilles dilatées, yeux saillants, face cyanosée, température très élevée.

Connaissance conservée et calme entre les accès (différence entre le strychnine et le tétanos).

Mort par asphyxie pendant l'accès, ou par épuisement après trois ou quatre crises.

Traitement. — Lavages de l'estomac, vomitifs ; tanin ; solution iodo-iodurée ; lait chargé de crême (les matières grasses retardant l'absorption de la strychnine). Contre les convulsions : Chloral, paraldéhyde, bromures, chloroforme, respiration artificielle.

Tabac. — Voir Nicotine (p. 400).

Térébenthine (Essence de). Symptômes : En dehors des phénomènes de gastro-entérite avec dysurie, albuminurie, hématurie, il y a parfois du délire et des convulsions.

Venin des serpents. — Symptômes : Deux ou trois heures après la morsure apparaissent des symptômes qui portent sur l'ensemble de l'axe cérébro-spinal. Parmi eux notons : Rêvasseries, délire, tendance invincible au sommeil et au coma ; soubresauts tendineux, crampes, dyspnée avec tendance à l'asphyxie (participation du bulbe). Pouls petit et rapide, lipothymies, syncopes.

Traitement local. — Ligature, scarifications, incision et expression, aspiration par succion.

Traitement général. — Sérothérapie (sérum antivenimeux ou, à défaut, sérum antitétanique). Alcool, acétate d'ammoniaque : contre les défaillances du cœur.

CHAPITRE III

INTOXICATIONS CÉRÉBRALES PAR USAGE HABITUEL ET PROLONGÉ DES POISONS D'ORIGINE EXTERNE

Par J. ROUBINOVITCH

A. — L'alcoolisme.

I. — Aperçu général sur les boissons alcooliques

Historique. — Les anciens étaient parfaitement familiarisés avec les conséquences de l'abus des boissons ; pour s'en convaincre, il n'y a qu'à parcourir les écrits des historiens comme Hérodote, Plutarque, Pline ou les œuvres des poètes comme Horace, Virgile. Ils employaient les stimulants de toutes sortes pour s'exciter à boire, et Horace notamment cite les escargots d'Afrique et les oignons, comme remplissant le but pour lequel nos assoifés d'aujourd'hui usent d'anchois, de crevettes, de sardines, et même du hareng saur :

Tostis marcentem squillis recreabis et
Afra potorum cochlea.

Tu ramèneras la soif des buveurs si tu leur donnes des oignons rôtis et des escargots d'Afrique.

Les médecins anciens envisageaient le problème tout autrement que nous : ils cherchaient plutôt à provoquer un état physique qui mît le buveur à même de s'adonner à sa passion sans se faire de mal ; ils s'efforçaient de détourner les influences chimico-toxiques du vin, de donner au buveur une sorte d'immunité contre les effets de l'empoisonnement alcoolique, et de remédier aux conséquences fâcheuses qui suivent l'abus des boissons spiritueuses. Malgré toutes ces précautions, l'histoire a retenu les noms de quelques ivrognes célèbres comme Tibère, Néron, Caligula.

Même les conséquences héréditaires de l'alcoolisme n'étaient plus alors un mystère, puisque Plutarque relate ce mot de Diogène à un jeune homme dont l'inconduite faisait scandale : « Jeune fils, mon ami, ton père t'a engendré étant ivre ».

Nous savons qu'en France, dès le règne de Charlemagne, l'ivrognerie était très répandue puisqu'il a fallu promulguer des édits pour combattre certaines beuveries trop extravagantes.

C'est au XIe siècle que les Arabes firent connaître l'*alcohol* qu'ils obtenaient par la distillation du vin; cette substance resta longtemps dans les officines des apothicaires. La situation changea à partir du moment où la distillation du vin fut entreprise en grand par la communauté des vinaigriers; c'était en 1514, et par une faveur spéciale de Louis XII. L'alcoolisme s'implante alors en France.

Au XVIe siècle, la vente des eaux-de-vie devient publique, et la consommation augmente progressivement. L'apparition des alcools d'industrie dans la première moitié de ce siècle a eu au point de vue des progrès de l'alcoolisme des conséquences terribles, tant en France que dans l'Europe tout entière, et surtout dans les pays du Nord. Le cri d'alarme jeté en 1849 par Magnus Huss sur les ravages de cette intoxication en Suède a été le point de départ d'une réaction scientifique contre le flot montant de l'alcoolisme. Aussi n'est-il pas étonnant qu'à l'heure actuelle où le fléau est espérons-le, du moins, à son plus haut point de développement, en France on essaye par tous les moyens de restreindre ses ravages. L'instituteur, le prêtre, le médecin ont là une belle mission à remplir en préparant par une hygiène intellectuelle, morale et physique des générations nouvelles débarrassées des préjugés relatifs aux boissons alcooliques.

BOISSONS ALCOOLIQUES USITÉES. — LEUR COMPOSITION. — *Boissons fermentées*. — Le *vin* est le produit de la fermentation du raisin. On distingue trois classes de vins : *secs, mousseux* et *vins de liqueur*. Leurs titres alcooliques varient : vins secs et mousseux entre 5 et 15 p. 100 ; celui des vins de liqueur peut atteindre 25 p. 100. Voici, par exemple, la composition des vins secs par litre :

	Grammes.
Eau	800 à 940
Alcool de vin	50 à 150
Alcools butylique, amylique, propylique	traces.
Aldéhyde éthylique	id.
Acides et éthers volatils	0,50 à 1,50
Extrait sec	13,50 à 26
Glycérine	4,50 à 7,50
Acidité totale	1,50 à 5
Bitartrate de potasse	1,40 à 4
Acide succinique	0,87 à 1,50
Cendres	0,80 à 4
Matières colorantes	traces.

Un ou plusieurs de ces éléments peuvent prendre une prédominance dans tel ou tel vin et lui communiquer des défauts spéciaux ou des qualités rares. De même, la teneur en alcool varie avec chaque vin ; ainsi :

Le Châblis blanc contient	7°,88 d'alcool.
Château-Margaux	8°,75 —
Vin vendu en détail à Paris	10° —
Bordeaux rouge	10°,10 —
Mâcon	11° —
Roussillon	16°,88 —

Voici maintenant le titre alcoolique de quelques vins-liqueurs :

Banyuls	17°	d'alcool.
Xérès	20°,8	—
Muscat grec	22°,6	—

Les vins rouges ont une composition différente de celle des vins blancs, grâce à un mode de préparation tout autre : pour fabriquer le vin rouge, le jus du raisin fermente avec les grappes, les pépins et les enveloppes des grains ; l'alcool formé par la fermentation dissout la matière colorante rouge des enveloppes, en même temps qu'une certaine quantité de tanin; grâce à la présence de cette dernière substance, le vin rouge a des qualités toniques, astringentes. Pour préparer le vin blanc, on retire les grappes et les enveloppes avant la fermentation; aussi le vin blanc est-il bien plus pauvre en tanin que le vin rouge, mais il contient de la crème de tartre ce qui lui donne des qualités diurétiques. Une quantité plus ou moins considérable d'acide carbonique se trouve dans les vins mousseux comme celui de Saumur, le Champagne.

Les vins sont très souvent falsifiés. Tantôt les falsifications ont pour but de faciliter la conservation des vins; dans ce cas on pratique ce qu'on appelle le plâtrage en ajoutant au vin une dose plus ou moins importante de phosphate de chaux. Pour corser certains vins, déjà fortement additionnés d'eau, on y ajoute de l'alcool à bon marché, ce qui les rend particulièrement redoutables, et pour leur conserver leur couleur primitive on fait intervenir les bains de sureau, le bois de campèche, la fuchsine. Quelquefois, pour augmenter la richesse alcoolique des vins, on pratique le sucrage avec des glycoses impures ; la fermentation de ces dernières donne lieu à des alcools supérieurs extrêmement dangereux.

Les vins fades et plats sont additionnés de produits chimiques d'une grande toxicité destinés à donner du goût et du bouquet (Laborde et Magnan).

La fermentation de la pulpe des pommes donne le *cidre* et celle de la pulpe des poires, le *poiré*.

L'un et l'autre marquent de 1 à 9 p. 100 d'alcool et contiennent entre 30 et 70 grammes d'extrait sec, selon leur origine. Bouteville et Hauchecorne ont fait des analyses répétées de ces boissons et voici, d'après eux, quelle est la composition moyenne du cidre, par litre :

	Grammes.
Eau	800
Sucre alcoolisable	176
Acide tanique	5
Mucilage, pectosine (pectine soluble, gomme)	12
Acides libres (malique, tartrique)	1,07
Albumine et ferment, malate, potasse, chaux, phosphate	1,75
Acide pectique, matières colorantes, huiles grasses et volatiles	2,18

La densité de ces boissons est de 1067 à 1080. C'est leur richesse en sels alcalins qui leur donne des propriétés diurétiques et purgatives.

La *bière* est le produit de la fermentation de la glycose formée par l'ami-

don de l'orge germée sous l'action de la diastase et aromatisée avant la fermentation avec des cônes de houblon.

Sa richesse habituelle en alcool est de 3 à 7 p. 100. L'extra stout marque 9 p. 100 et la bière bavaroise : 1,1 p. 100.

Elle contient en outre de l'acide carbonique libre, du sucre, de la dextrine des matières grasses, des matières albuminoïdes, des huiles essentielles, des sels minéraux; l'ensemble de ces matières, l'alcool excepté, forme 45 à 60 grammes par litre.

La falsification des bières prend, comme celle des vins, des formes multiples. Tantôt, on emploie pour la fermentation des glycoses qui n'ont aucune parenté avec l'orge germée; aussi obtient-on des bières contenant des impuretés dangereuses. Tantôt on aromatise ces glycoses non pas avec des cônes de houblon, mais avec des feuilles de buis, de la gentiane, de l'acide picrique, de la strychnine. Tantôt enfin, pour conserver les bières, et assurer leur transport, on les additionne d'acide salicylique.

Boissons distillées. — Nous n'en citerons que quelques-unes : l'*eau-de-vie de vin* composée d'alcool éthylique presque pur; l'*eau-de-vie de marc,* provenant de la distillation du marc de raisin et contenant outre l'alcool éthylique des quantités sensibles d'alcools butylique et amylique; le *rhum,* résultant de la fermentation du sucre de canne suivie de distillation, produit dont nous aurons l'occasion d'exposer la composition ultérieurement; le *tafia,* boisson obtenue par la fermentation de la mélasse de canne à sucre suivie de distillation ; *eaux-de-vie de grains,* de *pommes de terre,* de *betterave,* riches non seulement en alcool éthylique, mais aussi en alcools butylique et amylique; le *kirsch* ou eau-de-vie de cerise, contenant entre autres éléments, de l'acide cyanhydrique en proportion très faible.

Apéritifs. — Ils comprennent l'*absinthe,* le *vermouth,* le *bitter.*

L'*absinthe* est produite par la macération dans l'alcool des plantes suivantes : feuilles d'absinthe, racines d'angélique et de calamus, feuilles de badiane et d'origan. La macération est ensuite distillée ; après distillation on aromatise avec de l'anis et l'on colore avec de l'indigo, parfois avec des sels de cuivre.

Le *vermouth* diffère de l'absinthe en ceci que la macération des plantes susnommées se fait dans du vin blanc fortement alcoolisé.

Pour fabriquer le *bitter* on fait macérer dans de l'alcool de genièvre, des plantes aromatiques et amères comme le calamus, la cannelle, l'orangette, la gentiane, le coriandre; puis on distille ledit alcool.

Action physiologique de l'alcool. — L'alcool ingéré est absorbé en grande partie par les veines.

Il subit dans le sein de l'organisme une oxydation et se transforme en dernier lieu en acide carbonique et en eau. Peut-être (mais ceci est un point encore litigieux), avant de subir cette transformation définitive, passe-t-il par un intermédiaire qui serait de l'acide acétique.

Par le fait que sa combustion produit de la chaleur et de la force vive on ne peut lui refuser certains attributs d'un *aliment*, et comme d'autre part, il soustrait l'oxygène à l'hémoglobine et modère ainsi les combustions qui s'opèrent au sein des tissus, il offre quelques caractères d'un *aliment* dit d'*épargne* (Strassmann, Gley)[1]. Mais c'est un aliment médiocre et trop cher. En modérant la combustion, il agit à la façon d'un *anti-thermique*. L'excitation qu'il produit sur l'ensemble de l'économie et surtout sur le cerveau a été interprétée comme une action *tonique*.

Enfin l'acidité du suc gastrique se trouvant légèrement augmentée par de petites quantités d'alcool, on n'a pas hésité à reconnaître à cette substance des qualités *digestives*.

Or, dans l'appréciation de l'action physiologique de l'alcool, on n'a pas tenu compte jusqu'à présent de plusieurs éléments qui, par leur nature même, sont extrêmement variables, tels : la quantité d'alcool absorbé, son degré de concentration, sa qualité, la résistance individuelle de l'absorbant.

En examinant le problème à la lumière de ces divers éléments, on est obligé de reconnaître qu'on a procédé un peu trop « en bloc » en attribuant des qualités fixes à l'alcool. Nous avouons d'ailleurs qu'il est à craindre, scientifiquement parlant, que l'opinion tombe dans l'excès contraire, et qu'influencée par les ravages de l'alcoolisme, elle ne trouve à l'alcool que des vices rédhibitoires. Ainsi, en ce qui concerne l'action tonique de l'alcool, elle serait d'après Destrée[1] une simple *illusion*. Il y a bien, dit-il, quelques effets d'excitation, mais ils sont momentanés et résultent de l'action irritante *locale* de l'alcool et des irradiations réflexes consécutives ; l'action propre de l'alcool est narcotique, déprimante. En cela, Destrée ne fait que contribuer à la démonstration de l'opinion déjà soutenue par Schmiedberg[2] pour qui l'alcool est surtout un paralysant. Cette action paralysante ne serait pas sans présenter quelques avantages passagers : c'est ainsi que les vaisseaux de la peau paralysés par l'alcool se dilatent et se remplissent de sang, d'où impression subjective de chaleur que les amateurs d'alcool apprécient beaucoup. La même action paralysante sur les vaisseaux est cause de l'exagération, par voie réflexe, des mouvements du cœur, d'où circulation plus active ; l'alcool n'a pas une action excitante *directe* sur le cœur, mais le résultat *indirect* n'en est pas moins là.

En somme, on n'est pas parvenu à démontrer l'inanité de l'action excitante de l'alcool ; on a seulement expliqué cette excitation en disant qu'elle est la conséquence réflexe d'un effet local. Quant à l'effet paralysant, narcotisant, personne n'a jamais contesté qu'il est réel, mais secondaire et non pas primitif comme Schmiedberg, Destrée et autres tendraient à le soutenir.

Les qualités alimentaires de l'alcool ont été prônées par Liebig, Bouchardat, Gubler, Binz[3]. Ces auteurs le considéraient notamment comme un aliment hydro-carboné, respiratoire et, de plus, comme antidéperditeur, ou aliment

[1] Gley. VIIe *Congrès international contre l'alcoolisme*, avril 1899, Paris.

[2] Destrée. C. R. du *Congrès international contre l'alcoolisme*. Bruxelles, 1897.

[3] *Grundriss der Artzreimittellehre*, 1888, p. 26.

d'épargne. Pour toutes ces raisons, ils pensaient que l'alcool est un excitant du travail musculaire. La classe ouvrière s'est trop imbue de cette opinion venue de haut et qui à l'heure actuelle est encore profondément enracinée dans l'esprit de bien des gens. Carpenter s'est élevé depuis longtemps contre cette idée ; il a démontré à l'aide d'exemples que l'alcool est capable de donner un coup d'éperon, qu'il permet un effort momentané, mais non un travail soutenu, prolongé ; après l'augmentation du travail qui suit presque immédiatement l'absorption arrive un sentiment d'engourdissement de tout l'être qui rend la production musculaire extrêmement faible. On a voulu (Hermann, Frey, Destrée) prouver l'inanité de la valeur dynamogénique de l'alcool à l'aide d'expériences avec l'ergographe de Mosso. Il faut avouer que ces recherches expérimentales ne sont pas tout à fait convaincantes : la volonté de l'expérimentateur intervient à chaque instant et peut faire varier les résultats dans un sens ou dans un autre, au gré de ses désirs ; les conditions expérimentales de Frey, Destrée, sont telles que les partisans de l'alcool comme ses adversaires peuvent prouver tout ce qu'ils voudront.

Aussi, pour se faire une opinion sur cette question, est-il préférable de tenir compte de l'expérience de tous les jours. Quand on constate que tel ou tel cycliste, ou ascensionniste, célèbre par son endurance à la fatigue, préfère ne pas absorber d'alcool, disant qu'il lui coupe les jambes, on est bien forcé de donner raison à Carpenter. C'est un fait d'observation, et, comme tel, il vaut mieux que toutes les démonstrations qui ne sont pas rigoureusement scientifiques.

Toxicité des alcools. — Ce sont les travaux de Dujardin-Beaumetz et Audigé, Rabuteau et tout récemment ceux de Daremberg, Riche, Joffroy et Serveaux qui ont le plus contribué à la connaissance de la toxicité des alcools. Chimiquement, les alcools sont des composés basiques organiques comparables aux oxydes minéraux. On les retire par la distillation d'un grand nombre de substances que la chimie a surtout multipliées depuis la seconde moitié de ce siècle, c'est ce qui explique les quantités prodigieuses d'alcool lancées dans la consommation.

Les alcools sont obtenus par la distillation de vins, cidres, poirés, bières, marcs, lies, fruits sucrés, tiges, racines, tubercules sucrés, mélasses, pommes de terre, grains, sorgho, chiendent, fruits pourris, chiffons, sciure de bois.

Dans le commerce on distingue ces deux termes : eaux-de-vie et alcools. L'eau-de-vie est un liquide prêt à être consommé et contenant de 30 à 60 p. 100 d'alcool pur. Les liquides qui renferment plus de 60 p. 100 d'alcool pur sont dits : alcools.

Les eaux-de-vie de la consommation courante offrent une grande variété dans leur composition qui est en rapport avec la nature du ferment employé, la température à laquelle s'opère la fermentation, la rapidité de cette dernière, les procédés de distillation, le moment où le produit distillé est recueilli. C'est ainsi que les alcools de tête (du début de la distillation) et de queue (de la fin de la même opération) sont d'une valeur inférieure et constituent ce

qu'on appelle dans le commerce des *alcools mauvais goût; les alcools bon goût* proviennent du milieu de la distillation.

Dans la composition des eaux-de-vie de la consommation on constate la présence outre l'alcool éthylique, d'autres alcools dits supérieurs à cause de leur poids atomique et de leur degré d'ébullition plus élevés et qui portent les noms d'alcools propylique, butylique, amylique, etc.

Dans ces eaux-de-vie du commerce, on peut trouver encore de la glycérine qui est un alcool polyatomique, des aldéhydes, comme l'aldéhyde ordinaire, le furfurol, des acides comme l'acide acétique, des éthers (éther acétique), des bases organiques.

La présence de ces substances qui s'ajoutent à l'alcool éthylique est généralement constante dans les boissons distillées qui leur doivent leur bouquet, leur parfum. Pour se faire une idée de la toxicité de ces boissons, il faut par conséquent l'établir pour chacune des substances prise séparément.

Dujardin-Beaumetz et Audigé ont formulé les conclusions de leurs recherches [1] dans le tableau suivant :

GROUPES PAR ALCOOLS	DÉSIGNATION DES ALCOOLS ET DE LEURS DÉRIVÉS	DOSES TOXIQUES moyennes par kilogramme du poids du corps de l'animal.	
		A l'état pur.	A l'état de dilution.
Alcools fermentés et leurs dérivés. . . .	Alcool éthylique C^2H^6O	8gr.	7gr,75
	Aldéhyde acétique C^2H^4O . . .	»	1gr. à 1gr,25
	Ether acétique $C^2H^3O^2C^2H^5$ . .	»	4gr.
	Alcool propylique C^3H^8O . . .	2gr,90	3gr,75
	Alcool butylique $C^4H^{10}O$	2gr.	1gr,85
	Alcool amylique $C^5H^{12}O$	1gr,70	1gr,50 à 1gr,60
Alcools non fermentés.	Alcool méthylique chimiquement pur CH^4O	»	7gr.
	Esprit de bois ordinaire . . .	»	5gr,75 à 6gr,15
	Acétone C^3H^6O	»	5gr.
	Alcool œnanthylique $C^7H^{16}O$. .	8gr.	»
	Alcool caprylique $C^8H^{18}O$ . . .	7gr à 7gr,50	»
	Alcool cétylique $C^{16}H^{36}O$. . . .	»	»
Iso-alcools	Alcool iso-propylique C^3H^8O. .	»	3gr,70 à 3gr,80
Alcools polyatomiques.	Glycérine $C^3H^8O^3$	»	8gr,50 à 9gr.

Il résulte de l'examen de ce tableau que tous les alcools monoatomiques ou polyatomiques sont des poisons plus ou moins violents ; seulement, l'action toxique est d'autant plus forte que la formule atomique est plus élevée ; c'est ainsi, par exemple, que l'alcool éthylique dont la formule atomique est C^2H^6O tue un kilogramme d'animal à la dose de 8 grammes tandis que l'alcool amylique d'une formule atomique plus élevée : $C^5H^{12}O$ tue le même kilogramme d'animal à la dose de 1gr,70. Dans le tableau que nous venons de reproduire, l'alcool méthylique avec sa formule atomique de CH^4O est marqué

[1] Dujardin-Beaumetz et Audigé. — *Recherches expérimentales sur la puissance toxique des alcools.* Paris, 1879.

comme étant plus toxique que l'alcool éthylique puisqu'il tuerait un kilogramme d'animal à la dose de 7 grammes. Il y aurait là une contradiction à la loi de toxicité dans ses rapports avec le poids atomique des alcools, mais les recherches ultérieures de Joffroy et Serveaux ont démóntré que la toxicité de l'alcool méthylique est inférieure à celle de l'alcool éthylique, de sorte que la loi se trouve exacte pour toute la série sans aucune exception.

En se plaçant au point de vue du degré d'ébullition des différents alcools, Rabuteau est parvenu à démontrer que plus le degré d'ébullition d'un alcool est élevé, plus est grande sa toxicité. L'alcool éthylique qui bout à 78° est moins toxique que l'alcool amylique dont le point d'ébullition est de 132°.

Voici d'ailleurs la liste des alcools avec le degré d'ébullition et leur toxicité relative, d'après Rabuteau.

DÉSIGNATION DES ALCOOLS	POINT D'ÉBULLITION	TOXICITÉ
Alcool éthylique	78°	Inoffensif à doses modérées.
— iso-propylique	85°	Peu actif.
— propylique	97°	Bien plus actif.
— butylique secondaire	109°	Toxique.
— butylique normal	116°,9	Plus toxique.
— amylique secondaire	120°	Bien plus toxique.
— amylique ordinaire	132°	Très toxique.

Quant aux eaux-de-vie du commerce, dont la composition est, comme nous l'avons dit, essentiellement complexe et variable, il paraît difficile de fixer d'une façon mathématique leur degré de toxicité ; on ne peut évaluer cette dernière que d'après la teneur de telle ou telle boisson distillée en alcools supérieurs, aldéhydes, éthers.

C'est en se guidant par ce critérium que Dujardin-Beaumetz et Audigé ont rangé les eaux-de-vie du commerce dans l'ordre de toxicité suivant, en allant des moins toxiques vers les plus toxiques :

1° Eaux-de-vie de vin.	Renferment presque exclusivement de l'alcool éthylique, lorsqu'elles sont convenablement distillées.
2° Eaux-de-vie de poiré. 3° Eaux-de-vie de marc, de raisin et de cidre.	Doivent leur puissance toxique supérieure à la présence des alcools propylique, œnanthylique et caprylique.
4° Eaux-de-vie de grain. 5° Eaux-de-vie de betterave et de mélasse de betterave.	Sont très nocives parce qu'elles contiennent des alcools propylique, butylique et amylique.
6° Eaux-de-vie de pomme de terre.	Sont les plus toxiques parce qu'elles contiennent, en proportions variables, des huiles essentielles composées d'alcools butylique et amylique.

On voit, d'après le tableau ci-contre, que les boissons distillées courantes, comme le rhum, le kirsch, contiennent des éléments éminemment toxiques; mais les auteurs qui l'avaient dressé n'ont pas déterminé la proportion de ces impuretés. Les travaux ultérieurs de Riche ont permis de combler cette importante lacune. Ils ont montré notamment que le total des substances nocives peut atteindre au grand maximum 5 à 6 grammes par litre, ce qui est tout à fait exceptionnel ; même le chiffre de 3 à 4 grammes par litre est plutôt rare; le plus souvent, il s'agit de 1 à 2 grammes par litre, comme le démontre cette analyse d'une eau-de-vie naturelle fabriquée dans la Charente-Inférieure[1].

	RÉCOLTE DE 1872		RÉCOLTE DE 1894	
	Titre trouvé 46,1	Résultats rapportés à 1 litre d'alcool à 50°	Titre trouvé 64,6	Résultats rapportés à 1 litre d'alcool à 39°
Extrait	2gr,740	2gr,973	0gr,560	0gr,431
Acidité directe.	0gr,672	0gr,729	0gr,384	0gr.295
Acidité après distillation . . .	0gr,342	0gr,371	0gr,247	0gr,190
Ethers	0gr,269	0gr,292	1gr,003	0gr,772
Aldéhydes.	0gr,038	0gr,041	0gr,044	0gr,033
Furfurol.	0gr,002	0gr,002	0gr,013	0gr,010
Alcools supérieurs.	0gr,876	9gr,950	1gr,326	1gr.021
Somme.	1gr,185	1gr,285	3gr,386	1gr,836

On voit que la somme totale des impuretés contenues dans l'eau-de-vie analysée atteint le chiffre de 1gr,285 à 1gr,836 par litre.

Dans l'exemple choisi, l'analyse a porté sur une eau-de-vie *naturelle*, et alors se pose cette question : les eaux-de-vie naturelles sont-elles moins toxiques ou plus toxiques que les eaux-de-vie industrielles ?

Le problème a fait dans ces dernières années l'objet de nombreuses recherches parmi lesquelles les travaux de Daremberg. D'après cet auteur, les eaux-de-vie fabriquées avec des alcools d'industrie sont moins riches en éléments toxiques (aldéhydes, alcools supérieurs, éthers), que les meilleures eaux-de-vie provenant du vin.

Ainsi, dans les cognacs naturels, Daremberg trouve de 16 à 71 cent millièmes de gramme de furfurol par litre, tandis que sur trente-deux échantillons de cognacs artificiels, il en trouve vingt-sept contenant une quantité de furfurol moindre, les cinq autres en contenaient davantage. Comparant ensuite ces cognacs au point de vue de la teneur en alcools supérieurs, il arrive aux constatations suivantes :

Sur cinq échantillons de *cognacs naturels*, deux contenaient 0gr,80 d'alcools supérieurs par litre, les trois autres plus d'un gramme : 1gr,03; 1gr,42; 1gr,80.

[1] Riche. Toxicité des alcools. *Bull. de l'Académie de Méd.*, 3e série t. XXXV, p. 309. *Id.* Analyse d'eaux-de-vie naturelles.

Sur trente-deux échantillons de *cognacs artificiels,* un seul marquait $0^{gr},94$ d'alcools supérieurs par litre ; les trente et un autres contenaient moins de $0^{gr},80$.

Des conclusions analogues sont formulées par Daremberg en comparant le kirsch naturel au kirsch artificiel :

	Kirsch naturel.	Kirsch artificiel,
Acides	0,120	0,024
Aldéhydes	0,058	néant.
Furfurol	0,005	néant.
Éthers	0,352	0.035
Alcools supérieurs	0,450	0,002
Acide prussique	0,045	néant.
Aldéhyde benzoïque	néant.	traces.

Il résulterait de ces études comparées que la consommation des eaux-de-vie artificielles est moins dangereuse que celle des eaux-de-vie provenant de la distillation du vin.

Cette thèse pourrait se soutenir, si la toxicité des boissons alcooliques ne dépendait uniquement que de la teneur de ces boissons en éléments dits « impuretés » comme les alcools supérieurs, les éthers, les aldéhydes. Or, il n'en est pas ainsi dans la réalité. La proportion d'impuretés est trop faible dans les eaux-de-vie artificielles ou naturelles pour influer énormément sur le résultat final ; ce qui importe au point de vue de la toxicité, c'est la quantité d'alcool éthylique absorbé qui, dans toutes les eaux-de-vie, quelle que soit leur origine, constitue la masse principale et qui, par lui-même, est une substance toxique.

Les impuretés surajoutées en quantité variable, mais toujours infinitésimale, peuvent donner à l'intoxication un aspect particulier par l'addition d'un symptôme insolite, mais le fond du tableau sera toujours le même, en rapport avec la masse d'alcool éthylique qui forme la base de toute boisson distillée.

C'est ce que les recherches de Riche, Roques, Joffroy et Serveaux ont nettement démontré, et cette notion nous semble si importante pour la compréhension du problème de l'alcoolisme que nous croyons utile d'entrer à son sujet dans quelques détails.

L'effet toxique d'une boisson alcoolique peut être déterminé de trois façons différentes : par l'examen des manifestations cliniques, par les constatations anatomo-pathologiques, par des faits expérimentaux.

Les *manifestations cliniques* de l'intoxication alcoolique aiguë se retrouvent dans l'ivresse qui varie, au point de vue de sa forme, selon que telle ou telle boisson a été absorbée : l'ivresse par le rhum ou le cognac a un aspect différent de celle qui est provoquée par l'absinthe, le vin ou la bière. Ainsi que Lancereaux l'a établi, chaque boisson alcoolique détermine une intoxication à symptômes spéciaux, à évolution particulière, et même à complications propres [1]. Mais ce n'est pas seulement l'origine du liquide qui a son

[1] Lancereaux. *Leçons de clinique médicale.* Paris, 1894.

importance ; sa richesse en alcool ou son degré de concentration alcoolique imprime aussi son cachet au tableau clinique, de même que le taux d'impuretés dont nous avons parlé plus haut. Enfin, cliniquement, il faut tenir aussi le plus grand compte des conditions inhérentes à l'individu qui boit ; notamment, son âge, son origine entachée ou non d'une diathèse quelconque, les maladies qu'il a pu contracter. Ce sont toutes ces données du problème, examinées dans leur ensemble qui peuvent fournir l'explication des faits cliniques : tantôt un homme meurt subitement après avoir absorbé une demi-bouteille d'eau-de-vie, comme dans le cas du fort des halles cité par Pierron[1] ; tantôt un autre succombe après en avoir bu deux bouteilles[2].

Les constatations *anatomo-pathologiques* permettent-elles de reconnaître à quel genre de boissons alcooliques est due l'intoxication ? Nous ne possédons à cet égard aucune donnée précise.

La cirrhose du foie serait, d'après Lancereaux, la résultante de l'intoxication par le vin ; d'autres cliniciens soutiennent que les eaux-de-vie peuvent également donner lieu à des cirrhoses hépatiques. Des lésions, ayant pour siège le tube digestif et l'appareil rénal, fourniraient quelques présomptions en faveur d'une intoxication par les boissons fermentées, le vin, le cidre, la bière.

La prédominance des lésions au niveau du système nerveux central ou périphérique indiquerait une intoxication par les eaux-de-vie et les différentes liqueurs comme le vermouth, l'absinthe.

Les *recherches expérimentales* sur la toxicité des boissons alcooliques ont donné des résultats plus précis que les constatations cliniques ou anatomo-pathologiques. Nous avons déjà mentionné ceux qu'ont obtenus Dujardin-Beaumetz et Audigé, Rabuteau, Riche, Daremberg.

Rappelons les expériences de Magnan et Laborde[3] qui faisaient ingurgiter aux chiens à l'aide d'une sonde œsophagienne des eaux-de-vie de vin, de betterave, de maïs. Ici les effets toxiques étaient plus accentués avec des eaux-de-vie industrielles qu'avec des eaux-de-vie viniques. Les mêmes auteurs ont administré aux chiens de l'alcool éthylique extrait par rectification des mêmes eaux-de-vie naturelles ou industrielles et ils ont obtenu des phénomènes toxiques de la plus grande netteté ; l'alcool éthylique est donc indiscutablement un poison.

Les recherches expérimentales de Joffroy et Serveaux[4] constituent une mise au point du problème de la toxicité des boissons alcooliques[5]. Ces deux auteurs ont d'abord amélioré les méthodes de mensuration, de façon à se

[1] Pierron. *Th. de Paris*, 1815.

[2] Briand. *Th. de Paris*, 1816.

[3] Magnan et Laborde. De la toxicité des alcools dits supérieurs, des bouquets artificiels. *Revue d'hygiène*, 1887.

[4] Joffroy. Alcool et alcoolisme. *Gazette des hôpitaux*, 1895, nº 25. Leçon recueillie par Roubinovitch.

[5] Joffroy et Serveaux. Nouveau procédé de mensuration de la toxicité des liquides par

trouver, dans la mesure du possible, dans des conditions expérimentales toujours identiques.

Voici quelle a été leur méthode :

Les expériences portaient sur des chiens et des lapins, le plus souvent. Les diverses boissons alcooliques étudiées ont été injectées par la voie intraveineuse. La coagulation du sang survenant souvent dans les injections de ce genre était évitée par la méthode de Haycraft qui consiste à donner à l'alcool devant être injecté un excipent composé d'une macération de huit têtes de sangsue et de huit grammes de chlorure de sodium dans un litre d'eau. Enfin, un vase de Mariotte disposé *ad hoc* a permis d'avoir une pression de liquide toujours la même, et de faire l'injection intra-veineuse avec une vitesse constante, facile à mesurer.

Avec ce dispositif et ces précautions, Joffroy et Serveaux déterminent pour les différents alcools pris isolément, pour les impuretés et pour les eaux-de-vie d'origine diverse, ce qu'ils appellent *leurs équivalents toxiques expérimentaux*. Par ce terme, il faut entendre la quantité de matière toxique qu'on peut injecter pour amener la mort d'un kilogramme d'animal, lorsqu'on continue l'injection jusqu'au moment de la mort constatée par la dernière respiration.

Les équivalents toxiques ainsi définis sont :

a. *Pour les alcools :*

Alcool méthylique	25,35
— éthylique	11,70
— propylique	3,40
— iso-butylique	1,45
— amylique	0,63

Si on se rapporte aux tableaux dressés par Dujardin-Beaumetz et Audigé d'une part, et Rabuteau d'autre part, que nous avons reproduits plus haut, nous trouvons une concordance relative dans les résultats; la loi de la toxicité croissante avec le point d'ébullition ou le nombre d'atomes de carbone est vérifiée et reconnue exacte pour tous les alcools y compris l'alcool méthylique.

b. *Pour les impuretés :*

Aldéhyde	0,14
Furfurol	0,24
Acétone	5,27

la méthode des injections intra-veineuses. Application à la détermination de la toxicité des alcools. *Arch. de méd. expér. et d'anat. path.*, 1895, n° 5.

Joffroy et Serveaux. Considération générale sur la recherche de la toxicité. Toxicité expérimentale et toxicité vraie. *Arch. de méd. expér. et d'anat. path.*, 1896, n° 1.

Id. Mensuration de la toxicité expérimentale et de la toxicité vraie du furfurol. *Arch. de méd. expér.*, 1896, n° 2.

Id. Mensuration de la toxicité expérimentale et de la toxicité vraie de l'alcool méthylique. *Ibid.*, 1896, n° 4.

Id. Mensuration de la toxicité vraie et de la toxicité expérimentale de l'alcool éthylique *Ibid.*, 1897, n° 4.

c. *Pour les eaux-de-vie :*

Cognac jeune, 1894, authentique	11,41
Armagnac vieux	11,10
Eau-de-vie de cidre, 1894	10.57
Marc de Bourgogne	9,84
Eau-de-vie de prunes, 1894	9,41
Kirsch des Vosges	8,40

A côté de l'équivalent toxique expérimental, les auteurs précités cherchent l'*équivalent toxique vrai* dont la définition est : quantité de matière toxique nécessaire et suffisante pour amener, par elle-même et dans un court délai, la mort d'un kilogramme d'animal. Il est :

a. *Pour les alcools :*

	Chien.	Lapin.
Alcool éthylique	7,80	7,60
— méthylique	9	10,90
— d'industrie, de cœur	7,80	
— mauvais goût, de tête	7.80	
— — de queue	7,80	

Il est à remarquer d'après ces chiffres que si les produits de distillation de tête et de queue sont considérés comme étant de qualité inférieure au produit de cœur qui est plus rectifié, leur toxicité paraît être à peu près la même.

b. *Pour les impuretés :*

	Chien.	Lapin.
Furfurol	0,20	0,14
Aldéhyde	1	
Éther	4	

Étant donné toutes ces évaluations fondées sur des expériences rigoureuses, peut-on déterminer à quels éléments est due la toxicité des boissons alcooliques, quels sont les éléments qui tuent : sont-ce les impuretés, est-ce l'alcool qui forme la masse du liquide?

Tout d'abord il est à remarquer que les impuretés existent dans les boissons alcooliques courantes dans une proportion extrêmement faible. D'après les recherches de Roques[1] on trouve 0gr,015 à 0gr,040 de furfurol dans un litre de rhum à 55°; dans un litre de cognac ou d'armagnac marquant 55° on en trouve de 0gr,005 à 0gr,015; dans un litre de kirsch 0gr,005; dans un litre de trois-six de Montpellier, une quantité plus faible encore; il n'y a plus que des traces de furfurol dans l'eau-de-vie de cidre, de poiré, marc. Or, Joffroy et Serveaux ont fixé l'équivalent toxique vrai du furfurol, chez le lapin, à 0,14. Si l'homme présente à l'égard de ce poison la même sensibilité que le lapin, il faudrait environ 10 grammes de furfurol lancé dans la circulation sanguine par la voie intraveineuse pour tuer un homme de 70 kilogrammes; or, la quantité maxima de furfurol qu'on trouve dans un litre de boisson alcoolique courante ne dépasse pas 40 milligrammes. Donc,

[1] Roques. Analyse des alcools et eaux-de-vie. In *Encyclopédie Léauté.*

il serait irrationnel d'attribuer, au moins dans l'intoxication alcoolique aiguë, le principal rôle au furfurol qui n'y sera vraiment pas pour grand'chose, d'après les chiffres que nous venons de citer.

Sont-ce les impuretés réunies qu'il faut alors incriminer?

Rappelons-nous les chiffres de Riche confirmés ultérieurement par les analyses de Depaire : la somme totale des impuretés dépasse rarement *deux* grammes par litre. Quand un ouvrier absorbe un litre de rhum, il ne met dans son estomac que 1 à 2 centimètres cubes de furfurol, d'aldhéhyde, d'éther, tandis qu'en même temps il y introduit 500 centimètres cubes d'alcool éthylique.

Or, les recherches de Joffroy et Serveaux nous apprennent que ces différents éléments du rhum ont les équivalents toxiques suivants :

Alcool éthylique	7,80
Ether	4
Aldéhyde	1
Furfurol	0,14
Alcools supérieurs	0,50

Un simple calcul permet alors d'établir que les substances contenues dans le litre de rhum produiront respectivement les destructions suivantes :

500 cc. d'alcool éthylique tueront	64k,102
0 cc. 763 d'éther	0k,191
0 cc. 153 d'aldéhyde	0k,153
0 cc. 034 de furfurol	0k,243
0 cc. 387 d'alcools supérieurs	0k,258

Le litre de rhum dans sa totalité tuera donc 64kg,947 de ce que l'homme a d'animal, et sur cette somme totale 64kg,102 seront tués par l'alcool éthylique.

Alors, est-on en droit de conclure que le rôle toxique principal du rhum appartient exclusivement à l'alcool éthylique. Et cette conclusion se vérifie pour toutes les eaux-de-vie de la consommation courante : elles sont éminemment dangereuses par l'alcool éthylique qu'elles contiennent en trop grande quantité.

Mais dans l'intoxication chronique par les boissons alcooliques, les choses ne se passent peut-être pas ainsi, et là, le rôle des impuretés est peut-être plus important que dans l'intoxication aiguë?

Pour répondre à cette question, il faut avant tout se rappeler que l'intoxication chronique est intimement liée à la fonction rénale et qu'elle lui est subordonnée : c'est lorsque les reins éliminent mal les éléments constitutifs des boissons alcooliques que cette intoxication chronique s'établit. On voit donc que ni l'alcool éthylique, ni les impuretés, n'y ont une action prédominante : tout dépend du rein et de la puissance d'élimination par les urines.

Nous arrivons donc, après cette longue étude de la toxicité des alcools, à la conclusion suivante :

Dans les intoxications alcooliques, aiguë ou chronique, le rôle essentiel

appartient à l'élément qui domine par la quantité dans les boissons couramment employées, c'est-à-dire à l'alcool éthylique.

Ajoutons que de l'avis de tous les expérimentateurs, les plus dangereuses des boissons alcooliques sont les *liqueurs à essence :* l'absinthe et similaires, qui contiennent des éléments surajoutés extrêmement toxiques et qui sont fabriqués avec des alcools supérieurs.

L'*absinthe* est fabriquée en soumettant les feuilles d'absinthe, des racines de calamus et d'angélique, des feuilles de badiane et d'origan à la macération dans l'alcool. La macération est distillée, le produit ainsi obtenu est additionné d'essence d'anis qui lui donne son parfum, et de l'indigo qui lui procure sa couleur. De nombreuses expériences de Magnan et Laborde ont démontré que le liquide ainsi obtenu et qui est un mélange d'alcool et d'essences, provoque des convulsions épileptiformes. L'essence d'anis exerce, d'après Cadéac et Meunier, Daremberg, une action stupéfiante. Les boissons similaires comme le *bitter,* le *vermouth* produisent des accidents analogues.

Étiologie de l'alcoolisme. — En étudiant la toxicité de l'alcool chez l'homme, il est indispensable de ne jamais perdre de vue la résistance plus ou moins grande que chaque individu présente à l'action nuisible de ce poison. Cette résistance individuelle explique certains accidents d'intoxication mieux que la quantité de poison absorbée, son degré de concentration ou sa qualité; aussi, est-ce elle qui fait comprendre pourquoi des quantités même minimes de boissons alcooliques faibles et de bonne qualité produisent des accidents souvent graves chez certains sujets. Quand on recherche les raisons de cette sensibilité extrême vis-à-vis de l'alcool, on trouve généralement un système nerveux faible, lequel est souvent le résultat d'une hérédité maladive : parents ou ascendants directs ou indirects atteints de névropathies, de débilité mentale, d'idées obsédantes, de psychoses de diverses formes, d'alcoolisme. D'autres fois, elle est acquise par des maladies graves de la première enfance, par toute sorte d'autres conditions débilitantes comme la misère, le surmenage, l'onanisme.

A côté de ces conditions qui sont cause qu'un grand nombre de personnes se rendent alcooliques en n'absorbant que des doses extrêmement faibles d'alcool, il y a une foule d'autres cas dans lesquels des individus arrivent à l'état alcoolique en buvant des quantités énormes de boissons spiritueuses; ceux-ci ne feraient sans doute aucun tort à leur santé s'ils ne buvaient que d'une façon modérée. S'ils boivent trop, les raisons en sont nombreuses. Nous avons déjà indiqué plus haut les préjugés qui règnent au sujet de l'action bienfaisante de l'alcool. Dans la classe ouvrière, la mauvaise alimentation, les logements insalubres contribuent grandement à la consommation exagérée des boissons distillées. Il faut tenir compte aussi de certains métiers dans lesquels il est nécessaire d'avoir une grande indépendance de caractère pour résister à l'entraînement de l'exemple ; tels sont les métiers de marchand de vin, de charretier, de cocher, de cuisinier, de chauffeur, de forgeron, de boulanger, de repasseuse.

L'habitude de boire n'a pas toujours les raisons que nous venons de donner; il y l'appétence pour l'alcool créée chez l'enfant par le passage de l'alcool dans le lait de la nourrice ou par l'introduction trop précoce de ce poison dans son alimentation journalière. Ces faits sont malheureusement assez fréquents dans les pays du nord. Ils ont été signalés en France par Morel, Lancereaux, Moreau (de Tours), Charpentier...

Si l'ingestion de l'alcool est déjà en elle-même souvent dangereuse, le moment de la journée où elle se pratique a une grande importance : moins nuisible pendant les repas, elle l'est beaucoup plus à jeûn, l'absorption par la muqueuse digestive se faisant alors plus rapidement et plus complètement.

L'intoxication par l'alcool peut avoir lieu par les voies respiratoires, mais le fait est plutôt rare; quant à l'intoxication par les voies sous-cutanée, intra-péritonéale et intra-veineuse, elle appartient au domaine purement expérimental.

La *production des alcools* va, en France, en augmentant.

Le Ministère des Finances vient de publier le relevé de la production de la production de l'alcool, en France, pendant l'année 1898. On y voit que les quantités d'alcool obtenues par les distillateurs et les bouilleurs professionnels se sont élevées à 2 336 000 hectolitres, soit une augmentation de 235 000 hectolitres sur l'année précédente. Pour mieux se rendre compte de l'importance de ce chiffre, il importe de revenir en arrière. En 1850, la production totale de l'alcool aussi bien chez les distillateurs que chez les bouilleurs de cru, n'était que 940 000 hectolitres : soit une moyenne de 1 litre 46 par habitant. Dix ans après, en 1860, on relève une diminution sensible : la France ne produit plus que 873 000 hectolitres; en 1870, le chiffre de la production se relève à 1 237 000 hectolitres. A partir de 1871, la progression continue sans le moindre arrêt : en 1875, on trouve le chiffre de 2 309 000 hectolitres; en 1878, elle est de 1 987 857 hectolitres; en 1887, la production n'est pas inférieure à 2 005 000 hectolitres; en 1895, elle est de 2 166 000; et en 1898, elle atteint le chiffre jusqu'alors inconnu de 2 412 000 hectolitres. Ainsi donc, depuis 1850, la production de l'alcool a presque quadruplé en France. Et encore la production indigène ne suffit-elle plus aux besoins des consommateurs; on s'approvisionne de plus en plus à l'étranger. En 1850, la France importait 5 555 hectolitres; en 1898, elle a demandé à l'étranger 133 980 hectolitres. Ces derniers chiffres s'appliquent exclusivement à l'alcool pur; il faut y joindre l'importation de l'alcool sous forme de liqueurs qui a passé de 99 hectolitres en 1850, à 1 370 hectolitres en 1898. Par contre, l'exportation de notre alcool a sensiblement diminué : de 284 071 hectolitres, chiffre de 1850, elle est descendue à 25 783 hectolitres. En Allemagne, la production de l'alcool, sans être restée stationnaire, n'a pas suivi la même progression qu'en France : de 3 058 025 hectolitres, chiffre en 1887, elle a passé à 3 287 890 hectolitres en 1898.

La *consommation alcoolique*, malgré les efforts des sociétés de tempérance, augmente parallèlement, ainsi que les statistiques de Claude (des Vosges), de Rochard, de Guillemet, le démontrent. Il est important de se faire

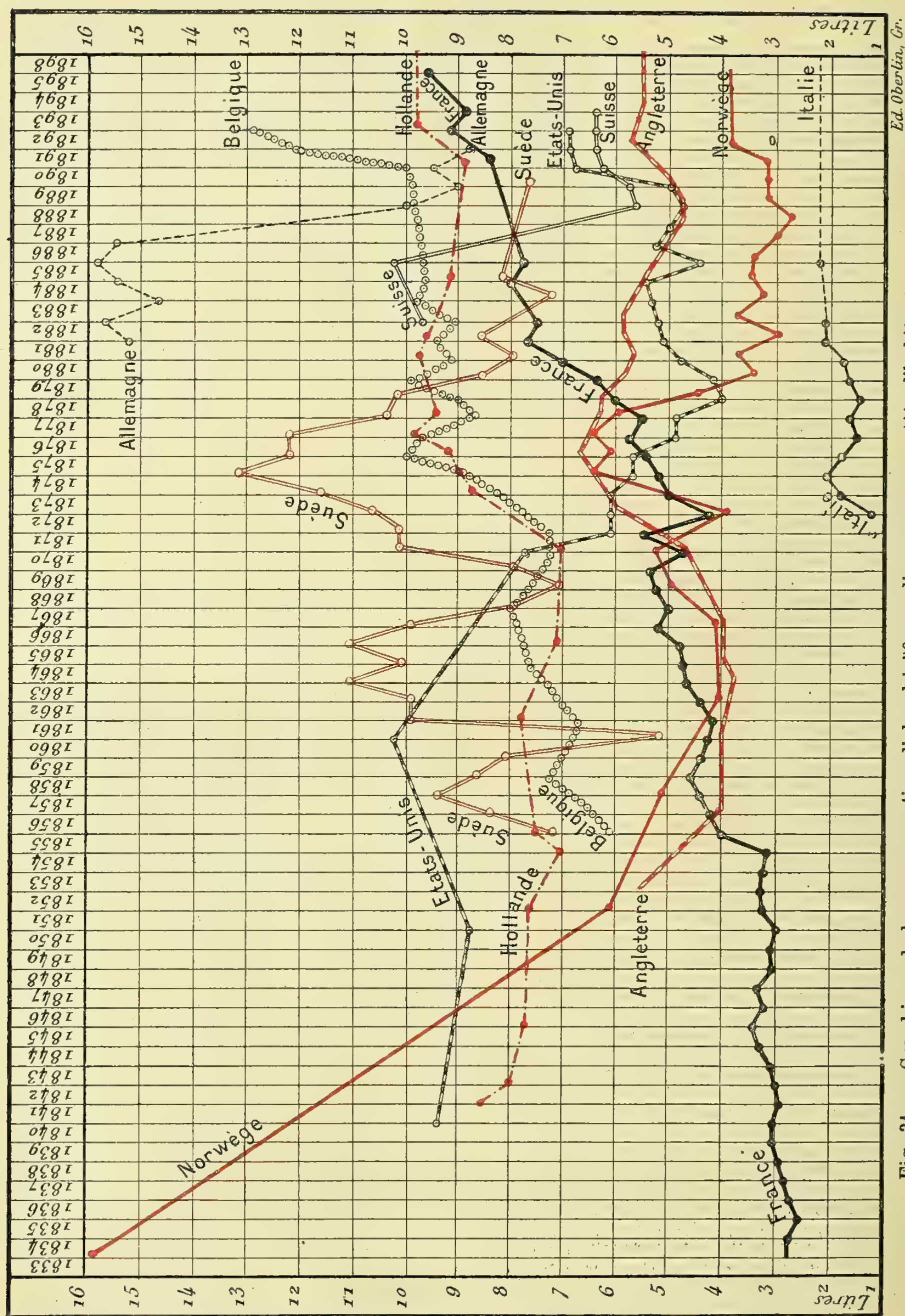


Fig. 31. — Graphique de la consommation d'alcool à 50°, en divers pays, par tête d'habitant (composé d'après M. Jules Denis, de Genève).

une idée d'ensemble de la marche de la consommation alcoolique dans les différents pays, et le tableau ci-joint répond à cette nécessité en indi-

quant la quantité d'alcool à 50° consommé par chaque habitant[1] (fig. 35).

Pour la France en particulier, la consommation de l'alcool a suivi une augmentation progressive depuis 1830, ainsi que l'indiquent les chiffres suivants :

1830.	365 182	hectolitres.
1839.	502 433	—
1850.	525 200	—
1853.	644 332	—
1855.	714 813	—
1856.	768 394	—
1857.	825 589	—
1860.	851 825	—
1862.	857 592	—
1869.	1 008 750	—
1871.	1 013 216	—
1875.	1 019 052	—
1880.	1 313 829	—
1885.	1 444 342	—
1890.	1 662 801	—
1892.	1 735 367	—
1895.	1 549 045	—
1897.	1 800 000	—
1898.	2 000 000	—

Or, de 1850 à 1890 la population n'a augmenté que de 4 millions à peine : de 34 500 000 à 38 218 000, comme l'indique le tableau suivant pris dans l'Atlas graphique de Claude (des Vosges) (fig. 32).

Il est à remarquer aussi (V. Tableau n° 31) que la France, qui était avec l'Italie le pays où l'on consommait le moins d'alcool, est maintenant parmi ceux où la consommation est la plus forte. Au contraire, dans les pays allemands et anglo-saxons (Allemagne, Angleterre, Norvège, Hollande, Etats-Unis), cette consommation tend à diminuer considérablement.

Dans le tableau de la consommation comparée, le calcul est fait sur le chiffre de la population totale, sans distinction d'âge ni de sexe, et en ramenant l'alcool à 50°. Dans ces conditions on constate les quantités suivantes par tête d'habitant et par an en France :

	Litres.
En 1830.	2,24
1850.	4,26
1860.	4,54
1870.	5,38
1871.	5,62
1885.	7,70
1891.	9,12
1895.	8,14
1898.	9,44

Or, le titre des eaux-de-vie de la consommation est en moyenne de 37°,5.

[1] Il a été dressé d'après le Rapport au Sénat français par Claude (des Vosges) : l'Encyclopédie d'hygiène et de médecine publiques ; les rapports de la régie fédérale des alcools (Berne 1887-1898) ; l'annuaire de la Société anglaise de tempérance ; le Manuel de tempérance de J. Denis, Genève ; Internationale Monatsschrift zur Bekampfung der Trinksitten, 1891-1898.

En ramenant l'alcool à ce dernier titre on constatera que la consommation par tête d'habitant en France est supérieure à 13 litres à l'heure actuelle. Mais si l'on introduit dans ces calculs la distinction d'âge et de sexe et si l'on défalque les enfants, les femmes et les adultes qui ne boivent pas, la consommation par tête de buveur serait, d'après les calculs de Claude (des Vosges),

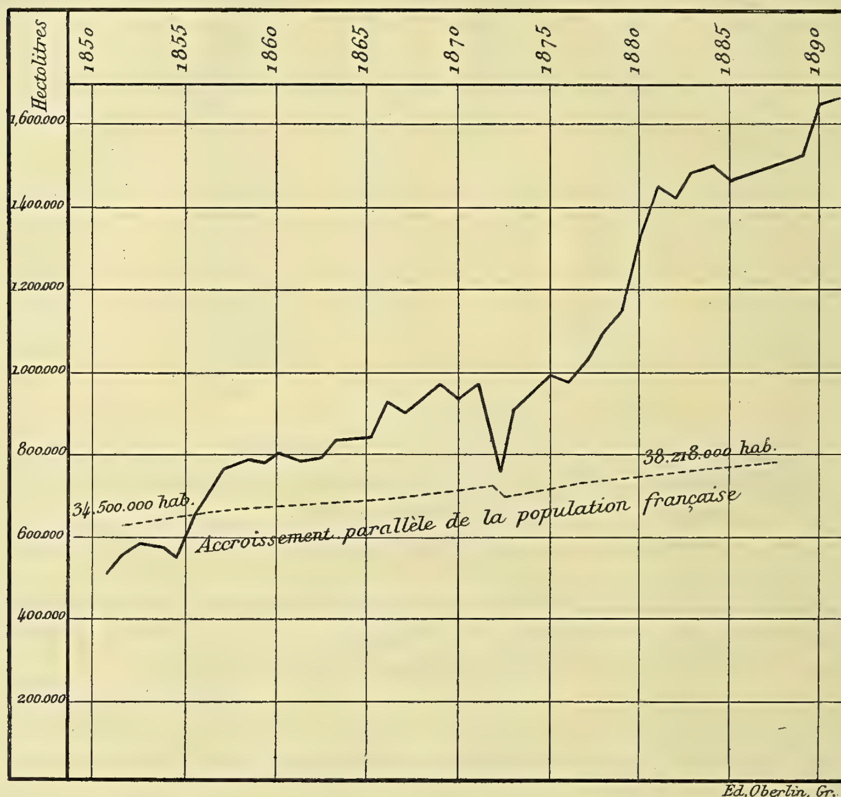


Fig. 32. — Graphique indiquant les rapports entre les progrès de la consommation d'alcool et l'accroissement de la population en France.

de 99 litres 28 à 37°,50, ce qui équivaut à 3 791 petits verres par an ou 10 verres et demi par jour. En 1887, Claude (des Vosges) admettait que les sept huitièmes de la population de France ne buvaient pas; aujourd'hui, il est probable qu'il réduirait de beaucoup cette proportion, car dans bien des provinces et surtout dans celles du Nord, les femmes et les enfants consomment journellement des quantités considérables d'alcool.

Mais, en dehors de l'alcool sous forme des spiritueux (2 millions d'hectolitres consommés en 1898), la France aurait consommé la même année 42 745 370 hectolitres de vin, 10 830 749 hectolitres de cidre et 15 555 900 hectolitres de bière. De plus, un fait doit être tout particulièrement souligné ; c'est l'augmentation colossale de la consommation, depuis trente ans, des

absinthes, liqueurs et autres spiritueux composés. Elle est passée de 29 192 hectolitres en 1873, à 311 952 hectolitres en 1897 suivant une progression croissante. En tenant compte de tous ces éléments, on arrive à constater que la consommation d'alcool par tête d'habitant est en moyenne de beaucoup supérieure à la proportion qui vient d'être indiquée. A ce point de vue voici un tableau qui renseignerait, d'après de Lavarenne, sur la consommation réelle d'alcool à 100° par tête d'habitant, suivants les divers départements de France [1]:

ALCOOL A 100° PAR TÊTE D'HABITANT	DÉPARTEMENTS	MOYENNES
Au-dessus de 30 litres .	Calvados, Seine, Hérault.	31,47
De 25 à 30 litres	Seine-et-Marne, Bouches-du-Rhône, Seine-et-Oise, Seine-Inférieure	26,52
De 20 à 25 litres	Marne, Eure, Gironde, Orne, Haute-Garonne, Haute-Savoie, Vosges, Meurthe-et-Moselle. Var, Manche, Haute-Marne, Rhône, Meuse, Côte-d'Or, Ille-et-Villaine, Alpes-Maritimes, Loire-Inférieure, Aube.	21,95
De 15 à 20 litres	Ain, Eure-et-Loir, Mayenne, Haut-Rhin, Indre-et-Loire, Doubs, Aveyron, Haute-Saône, Aisne, Nord, Somme, Tarn, Yonne, Jura, Oise, Loiret, Pas-de-Calais, Aude, Isère, Gers, Charente-Inférieure, Tarn-et-Garonne.	17,12
De 10 à 15 litres	Hautes-Alpes, Allier, Lot-et-Garonne, Creuse, Maine-et-Loire, Vienne, Haute-Vienne, Puy-de-Dôme, Loir-et-Cher, Cher, Charente, Haute-Loire, Vaucluse, Vendée, Deux-Sèvres, Landes, Gard, Hautes-Pyrénées, Basses-Pyrénées, Nièvre, Haute-Savoie, Côtes-du-Nord, Lozère, Savoie, Loire, Lot, Ariège, Indre, Sarthe, Ardèche, Morbihan, Pyrénées-Orientales, Dordogne, Basses-Alpes, Drôme, Cantal.	12,36
Moins de 10 litres. . . .	Ardennes, Finistère, Corrèze.	8,80
		Moy^{ne} totale : 19,70

Dans toutes ces évaluations un grand facteur nous échappe : c'est le bouilleur de crû, ce cultivateur qui distille sa récolte lui-même, sans aucun contrôle sérieux de la régie, et qui lance en fraude la plus grande quantité de son produit dans la consommation générale. Les uns évaluent la perte occasionnée par la fraude des bouilleurs comme égale au vrai budget de l'alcool ; d'autres l'estiment au triple du rendement de la période d'exercice, soit 120 millions.

[1] Le rapport de la Commission de la tuberculose, Paris, 1900, p. 278-302 ; article de E. de La Varenne : L'alcoolisme et la tuberculose.

Le privilège des bouilleurs de crû, qui sont en France plus de 700 000, est une des grandes causes de l'alcoolisme, car ces bouilleurs consomment eux-mêmes leur alcool et ont toute sorte de facilités pour répandre ce produit autour d'eux.

Le nombre de plus en plus grandissant de débitants est une autre cause des progrès de l'alcoolisme en France. Voici quelques chiffres tirés du travail de Claude (des Vosges) :

En 1830.	281 847	débitants.
1869.	364 875	—
1879.	354 852	—
1889.	410 069	—
1894.	422 164	—

A l'heure qu'il est, si l'on exclut les femmes et les enfants, on compte un

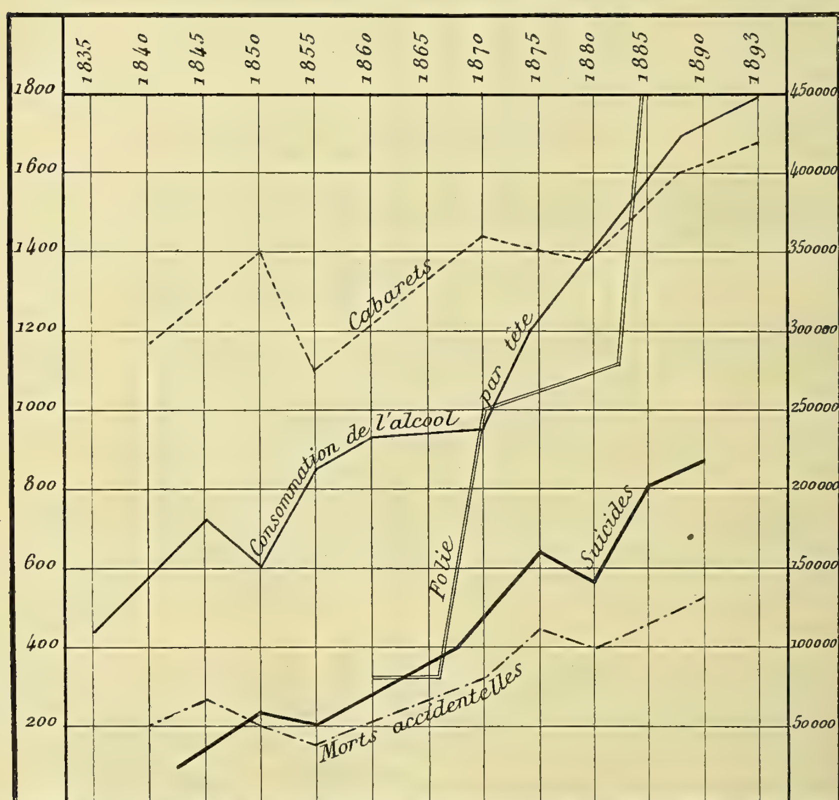


Fig. 33. — Graphique indiquant les rapports entre les progrès de la consommation d'alcool d'une part et d'autre part le nombre de cabarets, de cas de folie, de suicide et des morts accidentelles (d'après Claude, des Vosges).

débit pour 30 à 40 personnes. Paris, qui renferme trente mille débits, est à ce point de vue dans une situation des plus menaçantes : il compte un débit

par trois maisons. L'envahissement des cabaretiers est encore plus effrayant dans les départements du Nord : là on compte un débit pour 15 à 20 hommes adultes.

Le grand nombre de débits aide puissamment au développement de toutes

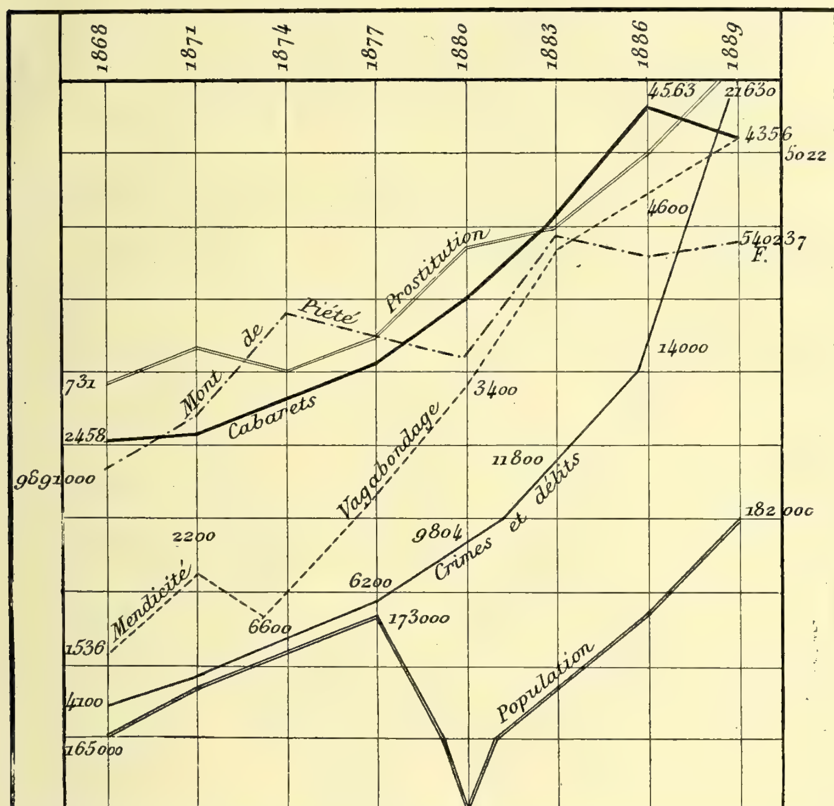


Fig. 34. — Graphique des rapports entre le nombre de débits d'une part et d'autre part le nombre de délits et crimes divers (d'après J. Denis, de Genève).

les conséquences immédiates ou éloignées de l'alcoolisme ; les troubles mentaux, les suicides, les morts accidentelles, ainsi que l'établit le graphique ci-dessus que nous empruntons au même travail de Claude (des Vosges) (fig. 33).

On voit sur ce graphique que, en même temps que la courbe de création des cabarets et celle de la consommation sont en ascension régulière (à partir de l'année 1835), la courbe de la folie alcoolique monte rapidement ainsi que celles des suicides et des morts accidentelles.

Les mêmes rapports entre la consommation d'alcool et la criminalité sous toutes ses formes s'observent à Bruxelles, comme l'indique le graphique suivant (fig. 34).

L'augmentation du nombre des cabarets de 1868 à 1889 a été très considérable ; il a presque doublé en passant de 2 458 à 4 563, pendant que la population a relativement peu augmenté ; pendant le même laps de temps, la prostitution clandestine, les délits, le vagabondage, la mendicité, les crimes ont fait des progrès inquiétants.

Le graphique ci-contre relatif à la Norwège est plus instructif encore, car il donne la démonstration inverse : sous l'influence de la diminution de la consommation d'alcool, les délits et les crimes de la capitale de ce pays diminuent en nombre, la fortune publique augmente et la vie de famille se développe davantage (fig. 35).

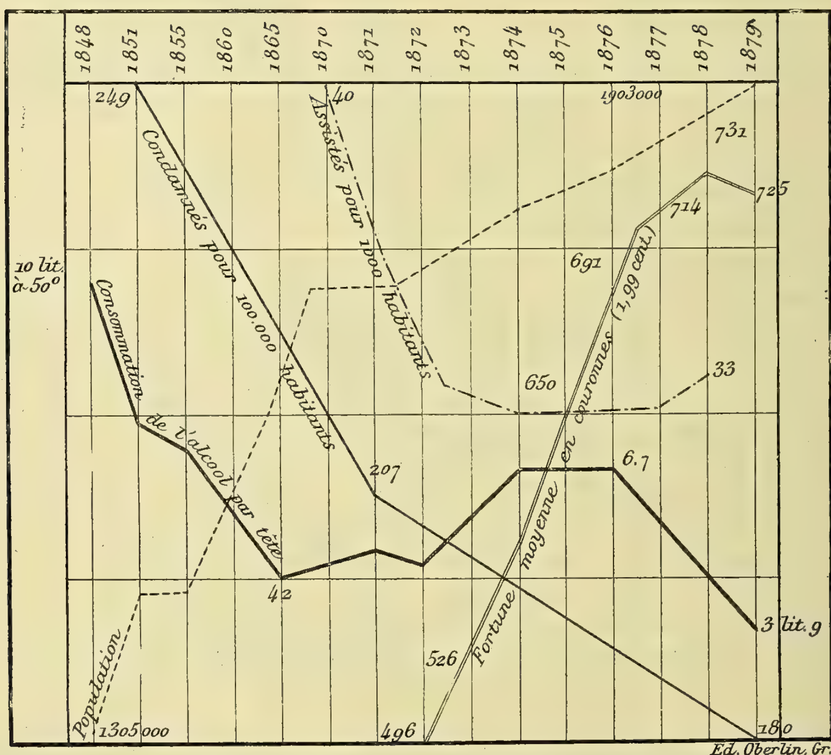


Fig. 35. — Graphique démontrant l'amélioration des conditions sociales à mesure que la consommation alcoolique diminue.

La courbe de la consommation a subi dans l'espace de trente-six années une descente extrêmement sensible : de 10 litres par tête, la consommation est tombée à 3 litres 9. En même temps, et malgré l'augmentation de la population qui a passé de 1 305 000 à 1 903 000, le nombre de délits et de crimes a passé de 249 à 180, celui des enfants assistés est tombé de 40 p. 1000 à 33 p. 1000, et la fortune publique, au lieu d'être de 496 couronnes par tête d'habitant, a augmenté de 229 couronnes et est montée à 725.

II. — Psychoses alcooliques

Sous ce titre nous décrirons les troubles psychiques liés à l'intoxication alcoolique habituelle et prolongée.

Sous l'influence de l'usage et de l'abus des boissons, on peut voir apparaître deux espèces de psychoses : les unes, par leur symptomatologie et leur évolution, semblent être le résultat immédiat, direct de l'intoxication alcoolique dont elles portent pour ainsi dire le cachet ; les autres ont bien éclaté sous l'influence du même usage ou du même abus, seulement leur tableau clinique n'est nullement empreint de cette marque alcoolique spéciale et rappelle toute sorte de psychoses dites essentielles, comme la manie, la mélancolie, le délire de persécution ; les premières prennent le nom de *spécifiques*, les autres celui de *banales*. La description de ces derniers trouve naturellement sa place aux chapitres des psychoses essentielles correspondantes, dont elles revêtent l'aspect clinique. Nous ne nous occuperons ici que des psychoses résultant directement de l'intoxication alcoolique, c'est-à-dire des *psychoses alcooliques spécifiques*.

On peut les ramener à trois types principaux :

a. L'alcoolisme cérébral chronique ;
b. L'alcoolisme cérébral subaigu ;
c. Le délirum tremens ou alcoolisme aigu ou suraigu.

a. Alcoolisme cérébral chronique. — *Description clinique*. — L'alcoolique chronique offre très souvent, et cela en dehors de toute maladie apparente, un *état mental* à part. Cet état consiste dans une irritabilité, une excitabilité d'humeur qui ne se remarque qu'à l'observation attentive de l'entourage. Loin d'attribuer cette modification dans le caractère à l'usage des boissons alcooliques, l'entourage l'explique par le surmenage, les préoccupations. Or, ce changement de caractère est seulement le premier symptôme du délire qui va commencer son évolution vraiment dramatique. Après l'irritabilité vient l'affaiblissement de la volonté, la diminution de l'énergie, le découragement. Si l'excitabilité a pour conséquence directe des accès non justifiés de colère, la diminution de l'énergie amène la paresse. Les mauvais instincts sont moins bien réprimés : un laisser-aller se manifeste, les sentiments moraux s'effacent.

On est bientôt en présence d'un tout autre homme : sa famille commence à trouver la vie difficile avec lui, et constate que le malade ne se ressaisit un peu que lorsqu'il a absorbé dès le matin une certaine quantité d'eau-de-vie. A cet état de dépression irritable s'ajoute bientôt une faiblesse intellectuelle qui se manifeste par des oublis, des distractions inaccoutumées, une grande difficulté à s'appliquer à un travail régulier, manuel ou cérébral. La profonde tristesse qui l'envahit, invite le malade à tout envisager avec méfiance : ses nombreux avatars, son insuffisance pour gagner sa vie, tout

cela arrive parce qu'on lui veut du mal : trop peu sûr de lui pour s'attaquer aux gens du dehors, il cherche à se venger au dedans : les enfants, la femme sont des victimes toutes désignées. C'est surtout à sa femme qu'il cherche des chicanes, et pour peu que ses facultés génésiques soient affaiblies, il lui fait des scènes, l'accable d'injures et de reproches au sujet d'une prétendue infidélité conjugale. Ce *délire de jalousie,* un des plus fréquents dans l'alcoolisme chronique cérébral, conduit souvent le malade à commettre des tentatives d'assassinat. Ce qui domine alors dans l'état mental, c'est la méfiance, la tendance aux idées de persécution.

A la longue, tous ces symptômes s'aggravent : le sens moral s'abaisse à tel point que l'individu perd toute délicatesse dans ses procédés, toute pudeur, toute dignité. Non seulement il devient négligent pour ses affaires, mais il ne lui coûte pas d'avoir recours aux moyens les plus honteux pour se procurer de l'argent ; en un mot, il vit de mauvaises actions, comme quelqu'un qui aurait une anesthésie totale du sens moral. Ses affections naturelles disparaissent, et l'avenir de ses enfants le laisse complètement indifférent. Il devient brutal dans ses expressions, dans ses gestes. Volontiers il se laisse aller aux pires perversions du sens génital. Déjà nous avons noté la faiblesse intellectuelle du début. Mais la désorganisation des fonctions cérébrales augmentant progressivement, on constate une perte de plus en plus grande de la mémoire, une extrême lenteur dans l'idéation, un jugement dont la faiblesse devient enfantine : le délire alcoolique chronique est devenu de la *démence alcoolique*.

A côté de cet état mental, fort caractéristique en lui-même, il existe toute une série de symptômes physiques, bien mis en évidence par des cliniciens comme Magnus Huss, Morel, Lancereaux.

Le *facies* du délirant alcoolique chronique peut avoir deux aspects différents : le buveur de boissons fermentées a le visage boursoufflé, bouffi, apathique ; son nez de couleur violacée due à la présence de nombreuses veinules dilatées, se remarque d'autant plus que les joues sont flasques et tombantes. Le visage hâve, jaune pâle, maigre, ridé, avec des joues creuses, s'observe plutôt chez le buveur de boissons distillées et d'apéritifs.

Les *fonctions digestives* sont toujours plus ou moins compromises : pituites matinales se produisant au réveil, au moment où l'on descend du lit ; vertige stomacal survenant généralement au même instant ; troubles dyspeptiques, comme manque d'appétit, soif inextinguible, dégoût pour les aliments et les boissons ne contenant pas d'alcool, constipation, renvois, pyrosis correspondant à la diminution des excrétions normales et à l'augmentation de l'acidité gastrique. Répétons que les troubles digestifs se manifestent principalement le matin, à jeûn, avant toute absorption d'alcool.

Les *voies respiratoires* subissent, elles aussi, le contre-coup de l'intoxication alcoolique chronique. Les laryngites, les trachéo-bronchites, les bronchites chroniques sont très fréquentes en pareil cas, sans parler de la tuberculose pulmonaire qui se développe très facilement chez les alcooliques chroniques, ainsi que l'a établi Lancereaux.

Le retentissement du mal se manifeste sur le *cœur*, par l'affaiblissement de cet organe et l'irrégularité de son fonctionnement.

Les symptômes d'ordre *nerveux* sont naturellement les plus nombreux. Les troubles de la *sensibilité* consistent en des névralgies de toute sorte, principalement intercostales, en des douleurs, des crampes, des sensations de brûlure, des fourmillements, des engourdissements dans les membres.

Les anesthésies et les hyperesthésies sont très fréquentes. D'après Lancereaux, les boissons distillées déterminent une analgésie symétrique et totale au niveau des membres inférieurs ; le vin provoque une analgésie peu étendue qui est précédée souvent d'une période d'hyperesthésie; enfin, les apéritifs (absinthes et similaires) produisent une hyperalgésie symétrique des extrémités.

Les troubles de la *vue* consistent en un voile sur les yeux avec rétrécissement du champ visuel, formation de cercles noirs ou d'étincelles.

Des bourdonnements d'oreilles caractérisent les troubles de l'*ouïe*.

Notons encore des vertiges, des sensations de chutes, des évanouissements.

La *motilité* est compromise également : les forces musculaires sont diminués, les extrémités deviennent faibles, et, chez certains alcooliques chroniques, complètement paralysées. La démarche est souvent remarquable par son instabilité. Les reflexes tendineux sont diminués ou abolis, en cas d'intoxication chronique par les boissons distillées et le vin ; ils sont exagérés dans l'intoxication par les boissons à essences (Lancereaux). Ces dernières sont plus aptes aussi à produire des soubresauts des tendons, des vertiges et des attaques épileptiformes.

Le *tremblement*, très accusé au niveau des mains placées dans la position du serment, consiste en des oscillations rapides et régulières sur lesquelles les émotions ne paraissent pas généralement avoir grande influence. Plus marqué le matin, à jeûn, ce tremblement est toujours bilatéral. Si le malade a de la fièvre pour une raison quelconque, le tremblement devient, comme dit Lasègue, un véritable frisson. Les mains sont maladroites et faibles. Les lèvres et surtout la langue sont souvent atteintes aussi d'un tremblement portant le même caractère que celui des mains : il est composé d'oscillations rapides, régulières, d'une faible amplitude.

Le *sommeil* est profondément troublé par des rêves et des cauchemars. Les rêves sont professionnels, les cauchemars terrifiants, mais tous les deux se composent d'*hallucinations* visuelles, auditives et de la sensibilité générale. Les hallucinations oniriques visuelles sont surtout zoopsiques avec cette particularité que les animaux vus sont toujours en mouvement ; elles peuvent être constituées aussi par des individus armés, des précipices, des incendies, des inondations. Les voix entendues dans le rêve sont en rapport avec des scènes de carnage, de lutte, de chutes dans les précipices. Les hallucinations oniriques de la sensibilité générale sont, ou bien viscérales et consistent alors dans un sentiment de constriction de la poitrine, avec vive oppression et angoisse déterminant le réveil en sursaut, ou bien localisées dans les membres,

où elles prennent la forme de fourmillements, de tiraillements, de crampes des fléchisseurs. La période hypnagogique du sommeil est particulièrement riche en ces manifestations hallucinatoires que nous venons de rappeler.

Évolution. — Le délire alcoolique chronique ou l'acoolisme chronique cérébral a une évolution progressive vers l'abrutissement de plus en plus accentué, dont le dernier terme est la démence.

Une affection intercurrente comme une pneumonie, un accès de delirium tremens fébrile, peuvent provoquer la mort; celle-ci peut survenir aussi par les progrès de la paralysie alcoolique.

Diagnostic. — Le diagnostic est fondé sur l'examen des antécédents du sujet. Là, on ne tarde pas à retrouver de petites poussées délirantes portant nettement le cachet de l'alcoolisme cérébral. L'évolution apparaît alors dans toute sa netteté : les poussées s'accentuent, se prolongent, et le moment arrive où le sujet est « mûr » pour être placé dans un asile.

L'examen de la physionomie qui est hébétée, dont le teint est blafard et le regard fuyant et vague; l'étude des tremblements qui sont mis en évidence par la privation d'alcool; les rêves et les cauchemars; l'analyse de l'état mental caractérisé par une sorte de sénilité précoce, une véritable ankylose intellectuelle doublée d'une dépression morale et d'une grande instabilité du caractère, — tout cet ensemble bien constaté ne pourra guère laisser de doute sur le diagnostic.

b. Alcoolisme subaigu. — Nous avons décrit plus haut le délire alcoolique chronique avec la dégradation intellectuelle et morale progressive qui le cacaractérise.

Or, sur ce fond, déjà profondément pathologique, peuvent se produire, sous l'influence de diverses causes, des poussées délirantes pouvant durer quelques jours ou plusieurs semaines. Ces poussées délirantes survenant chez un individu atteint d'alcoolisme chronique, constituent ce que Lasègue a décrit sous le nom d'*alcoolisme subaigu.*

Description clinique. — Comme l'a fait observer cet auteur, il s'agit ici, bien plus d'un rêve que d'un vrai délire.

Le début de la crise a lieu la nuit sous forme de rêve, et ce dernier se prolonge pendant plusieurs jours.

A la période hypnagogique ou plus avant dans la nuit, le sujet se réveille aux prises avec une angoisse indescriptible : il est trempé de sueur, il a le visage blême, il déclare avoir peur.

Au milieu de phrases entrecoupées par l'émotion, on saisit des mots ayant trait à ses occupations, à ses travaux ; il discute ou se dispute avec des interlocuteurs invisibles. Bientôt la chambre se remplit de toute sorte de choses fantastiques : c'est d'abord un point noir ou lumineux qui s'agite au fond de la pièce ; ce point grandit, il devient une tache qui à son tour s'étale, s'amplifie, prend la forme d'un animal, d'un rat, d'un chat, d'un serpent; ces

bêtes remuent, vont à droite, à gauche ; c'est bientôt une collection d'animaux auxquels s'ajoutent des figures humaines, laides, grimaçantes, et tout cela remue, s'agite dans un grouillement bizarre, impressionnant, terrifiant. Il s'ajoute parfois à ces hallucinations visuelles effrayantes des hallucinations auditives ayant le même caractère : l'alcoolique entend des injures, des menaces, des cris de désespoir, des coups de revolver. De plus, il souffre des sensations de chaleur, de brûlure, de froid, de piqûre, de pincement, autant de troubles de la sensibilité générale.

Comme on le voit, ce délire est remarquable par bien des particularités. Les idées sont extrêmement mobiles, enchaînées sans aucun ordre, en apparence du moins ; elles s'associent comme dans le rêve au gré de sensations de toute sorte qui viennent du dehors ou de ses propres organes solliciter l'attention de l'alcoolique.



Fig. 36. — Délire hypochondriaque et de persécution d'origine hallucinatoire, chez un débile affecté d'alcoolisme subaigu (collection G. Ballet).

Un autre caractère qui rapproche ce délire de l'état de rêve, c'est la facilité avec laquelle le sujet accepte toutes les divagations de son esprit, toute la fantasmagorie qui se présente à ses yeux et à ses oreilles. Il ne cherche même pas à se rendre compte de la possibilité d'existence de bêtes aussi monstrueusement faites, de camarades aussi défigurés et aussi terriblement agressifs que ceux qu'il croit voir. Il accepte tout sans hésitation, sans étonnement, sans examen et, ainsi que cela a lieu dans le rêve, passe rapidement de l'idée à l'acte : il réagit le mieux qu'il peut, selon son tempérament, tantôt en se cachant, tantôt en attaquant.

Je ne connais rien de plus poignant que ce tableau vivant d'un homme en délire alcoolique : ému par ses propres illusions et par ses hallucinations, il parle sans cesse d'elles, les énumère au fur et à mesure qu'elles se présentent, repousse avec la main certaines visions, lance des coups de pied à l'adresse d'autres, pousse des cris d'épouvante quand le danger lui semble insurmontable, interpelle des amis pour qu'ils viennent à son secours, s'agite, enfin, sans trêve ni repos (fig. 37).

Cette facilité avec laquelle il passe de l'idée à l'acte, explique les brutalités, les délits, les obscénités, les fugues, les suicides, même les assassinats commis au cours d'un délire alcoolique subaigu. Ces actes sont brusques, imprévus, parfois même instantanés ; et quand il s'agit, par exemple, d'un

suicide, un coup de rasoir ou de revolver est donné vite, sans phrases. Un caractère de ce délire que nous avons déjà indiqué, c'est la profonde dépression mêlée de terreur qui l'accompagne en général. Enfin, ce qui achève d'identifier ce délire au rêve, c'est la possibilité de réveiller pour ainsi dire

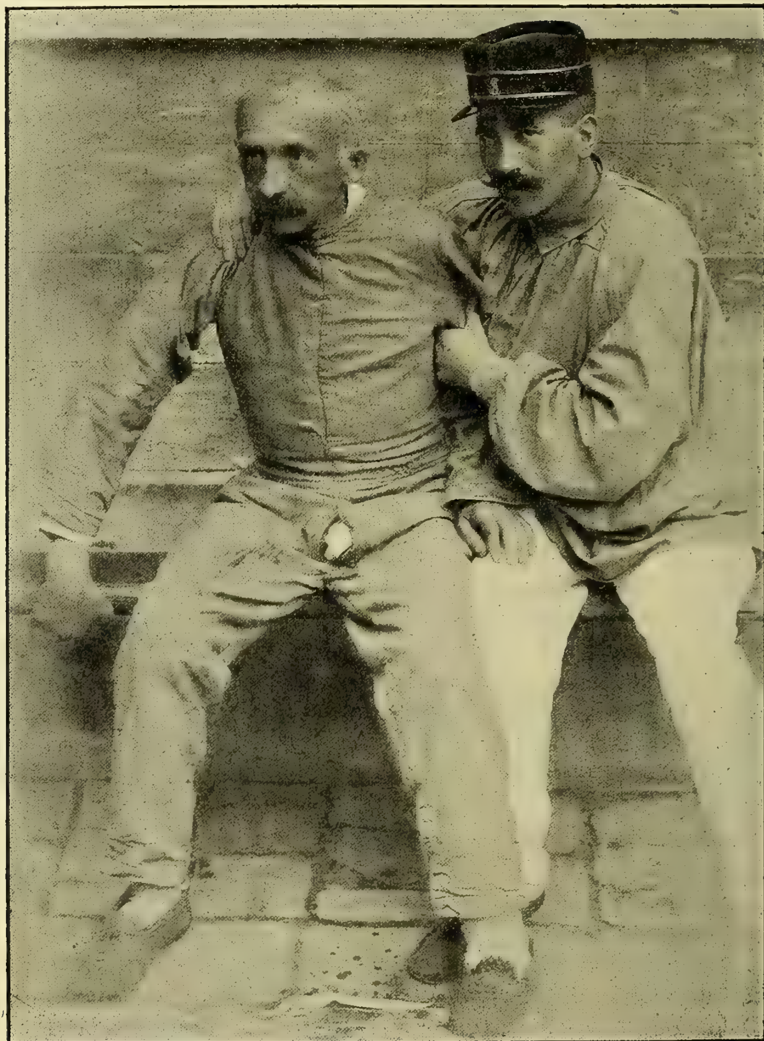


Fig. 37. — Alcoolisme subaigu (Collection J. Roubinovitch).

l'alcoolique en le secouant fortement : pendant quelques instants, quelques minutes même, on pourra causer avec lui et en obtenir des réponses assez raisonnables ; puis, le rêve recommence, invincible et terrifiant.

Dans certains cas, chez des sujets prédisposés aux vésanies, les halluci-

nations auditives prennent un caractère coordonné ; le sujet en profite pour imaginer un délire de persécution où il s'agit presque toujours d'un complot formé contre lui par des ennemis qu'il désigne d'emblée, attendu qu'il les trouve dans ses hallucinations visuelles. Quelquefois, le malade puise dans son rêve les éléments d'un délire d'auto-accusation ; j'ai eu l'occasion d'observer deux cas démontrant l'existence de ce délire [1].

La présence des hallucinations visuelles donne l'éveil sur la nature toxique de ce délire de persécution ou d'auto-accusation dont l'évolution n'a rien de progressif et qui peut se terminer par la guérison.

Les *causes* de ces poussés délirantes chez les alcooliques chroniques sont, comme nous l'avons dit, nombreuses. Elles peuvent éclater à propos d'une affection aiguë intercurrente comme l'influenza, la pneumonie, la fièvre typhoïde ; ou bien être le résultat d'un traumatisme plus ou moins grave du crâne ou d'une autre région du corps. La fatigue excessive, les excès sexuels, les libations dépassant de beaucoup les doses ordinaires d'alcool, les vives émotions consécutives aux rixes, disputes, mort d'un être aimé, perte d'argent, sont autant de facteurs qui peuvent rompre l'équilibre aussi instable de l'alcoolique chronique cérébral.

Genéralement, la *durée* du délire alcoolique subaigu est courte et ne dépasse pas quelques jours ou quelques semaines. Resté pendant un temps plus ou moins long sans absorber d'alcool, le délirant revient à son état d'alcoolique chronique, jusqu'à ce que une nouvelle poussée se produise sous l'influence d'une des causes énumérées plus haut.

L'évolution définitive est donc la même que pour l'alcoolique chronique, c'est-à-dire, un acheminement vers la démence alcoolique.

c. Delirium tremens. — Une autre manifestation de l'alcoolisme chronique est le *delirium tremens* (délire avec tremblement).

Observé au commencement du siècle chez les marins du comté de Kent, célèbres par leurs excès alcooliques, ce délire a été décrit pour la première fois, sous son nom définitif, en 1813 par Sutton qui d'ailleurs, n'en a pas saisi la cause toxique. Pour lui, il s'agissait d'une fièvre accompagnée de tremblement. Il remarqua seulement que les saignées ne réussissaient pas du tout à couper cette fièvre, tandis que l'opium à haute dose la calmait et la guérissait.

En 1818, paraît le mémoire de Rayer sur l'œnomanie ; là, le *delirium tremens* de Sutton est décrit comme nettement lié à l'intoxication alcoolique. Le *délire nerveux des blessés et opérés* de Dupuytren n'est cliniquement autre que le même *delirium tremens*. On lira avec intérêt les études et les mémoires publiés sur ce sujet par Calmeil, Gubler, Motet, Magnan.

Étiologie. — Le *delirium tremens* ne se produit que chez l'alcoolique chronique.

[1] Roubinovitch. Sur le délire de persécution avec auto-accusation dans l'alcoolisme. *Ann. méd. psychol.*, 1894, t. XX, p. 123.

Mais, outre ce terrain d'alcoolisme chronique, d'autres conditions prédisposantes aident à l'éclosion du délire : une hérédité alcoolique, les grandes chaleurs ou les grands froids, la ménopause. Ceci étant, plusieurs causes occasionnelles peuvent faire apparaître le *delirium tremens*. Ce sont : les libations excessives dépassant de beaucoup la dose habituelle, la suspension brusque et totale de toute boisson alcoolique, le traumatisme physique ou les vives émotions, les grandes fatigues, les excès vénériens, les veilles prolongées, les suppurations, l'inanition, les grandes maladies infectieuses comme la pneumonie, la pleurésie, le rhumatisme articulaire aigu, l'érysipèle du cuir chevelu ou de la face.

Description clinique. — Un accès de *delirium tremens* est précédé ordinairement d'une période prodromique pouvant durer huit à dix jours pendant lesquels le sujet présente un certain nombre de symptômes physiques et psychiques particuliers. Il devient instable, irritable, profondément déprimé, sursautant au moindre bruit. En même temps, une vive angoisse précordiale accompagnée de vertiges et de maux de tête se déclare. L'insomnie est absolue ou, si le sommeil existe encore, il est troublé par des rêves et des cauchemars sur lesquels nous avons déjà suffisamment insisté plus haut.

Par moments, certains matins, le malade continue à rêver les yeux ouverts et il semble avoir des illusions ou des hallucinations visuelles ou auditives. Une hyperesthésie, généralisée ou non, le rend particulièrement irritable. Ses mains tremblent plus qu'à l'ordinaire, sa langue tremble aussi et il a quelquefois une difficulté à articuler. Il existe souvent un léger embarras gastrique.

Dix ou douze jours après ces manifestations prodromiques, éclate l'accès de *delirium tremens* subordonné tout entier à l'élément hallucinatoire qu'on voyait timidement percer tout à l'heure et qui prendra une place prépondérante maintenant.

Les principaux sens touchés sont la vue, l'ouïe, le tact. Les hallucinations, toujours les mêmes : terrifiantes, pénibles, douloureuses, arrivent avec une intensité et un ensemble qui bouleversent complètement le malade. Son facies exprime nettement ce bouleversement : les yeux complètement hagards, le visage ruisselant de sueur, des traits crispés, il semble en lutte avec mille obstacles plus terribles les uns que les autres : là, ce sont des animaux de toute espèce et de toute grandeur qui ouvrent leur gueule pour le mordre ou qui étendent sur lui leurs griffes ; ici, des figures grimaçantes d'assassins tout prêts à le cribler de coups de couteaux ; il entend des sifflements de serpents, des aboiements de chiens, des conciliabules contre lui, des menaces, des ordres de le tuer ; il sent déjà l'approche du couteau, la morsure d'un chien ou la piqûre d'un serpent. Aussi, terrifié, ne sachant plus par quelle issue se sauver, s'agite-t-il désespérément jusqu'à épuisement complet. Pendant toute la durée de l'accès, l'insomnie est absolue ; le malade ne mange rien, par suite d'une sitiophobie résultant d'un embarras gastrique concomitant. Le tremblement qui existait déjà pendant la période prodromique devient géné-

ralisé : non seulement il existe aux mains et à la langue, mais aussi aux lèvres, aux muscles de la face, aux membres, au tronc. La parole est parfois très embarrassée et la démarche est incertaine, titubante. Les accidents convulsifs, épileptiformes, peuvent survenir, surtout s'il s'agit d'un alcoolique chronique abusant ou usant d'apéritifs à essences. Le corps comme le visage est inondé d'une sueur visqueuse, à odeur *sui generis*, d'une fétidité spéciale dans laquelle un odorat exercé ne tarde pas à découvrir l'odeur de l'alcool. L'état général produit l'impression d'être grave : le visage abattu, les lèvres, la langue, les dents fuligineuses rappellent un état typhoïde. Mais la température est ordinairement normale et il y aurait plutôt tendance à l'hypothermie. Le pouls est habituellement petit, faible, accéléré, souvent irrégulier. Les pupilles sont contractées. Le malade secrète peu d'urine, et cette urine est concentrée, rouge; il a généralement de la constipation.

A côté de cette forme classique de l'accès de *delirium tremens*, on observe quelques variétés.

Le *subdelirium tremens* est une forme atténuée de l'accès que nous venons de décrire ; le sujet est halluciné, mais ses troubles sensoriels ont un caractère moins agressif; ils se rattachent plutôt au domaine de ses occupations habituelles. En l'interpellant vivement, on peut le réveiller et le ramener pour un moment à la réalité, tandis que cette expérience ne réussit pas dans le grand accès.

Le *delirium tremens fébrile* a été signalé et décrit par Lasègue. La température peut atteindre 40°, 41°, même 43°. L'accès évolue d'abord comme nous avons indiqué plus haut ; mais les phénomènes d'adynamie se produisent rapidement et s'accompagnent d'accidents comateux. Voici un exemple d'une courbe de la température dans un cas de *delirium tremens* alcoolique mortel observé dans le service de M. G. Ballet (fig 38).

Un accès de *delirium tremens* dure habituellement de deux à huit jours ; dans les cas plus graves, il peut se prolonger pendant quinze à trente jours. Sa terminaison ordinaire est la guérison qui s'annonce par le retour du sommeil.

La mort peut survenir, surtout dans la forme fébrile, par les progrès même du coma.

Anatomie pathologique. — A l'autopsie des sujets morts dans un accès de *delirium tremens*, on trouve que les méninges ainsi que la substance corticale sont fortement congestionnées; la pie-mère est œdematiée et parfois legèrement adhérente à la substance corticale ; les membranes offrent un aspect dépoli ; il y a, en outre, de la stase lymphatique.

Chez les vieux alcooliques chroniques succombant dans ces conditions, on trouve, outre les lésions énumérées, des foyers d'encéphalite ou de la pachyméningite.

Diagnostic. — Avant tout, il ne faut jamais perdre de vue que le *delirium tremens* est un accident qui ne se produit que sur le terrain d'alcoolisme chronique cérébral.

On pourra le confondre avec un certain nombre d'affections que nous allons différencier rapidement :

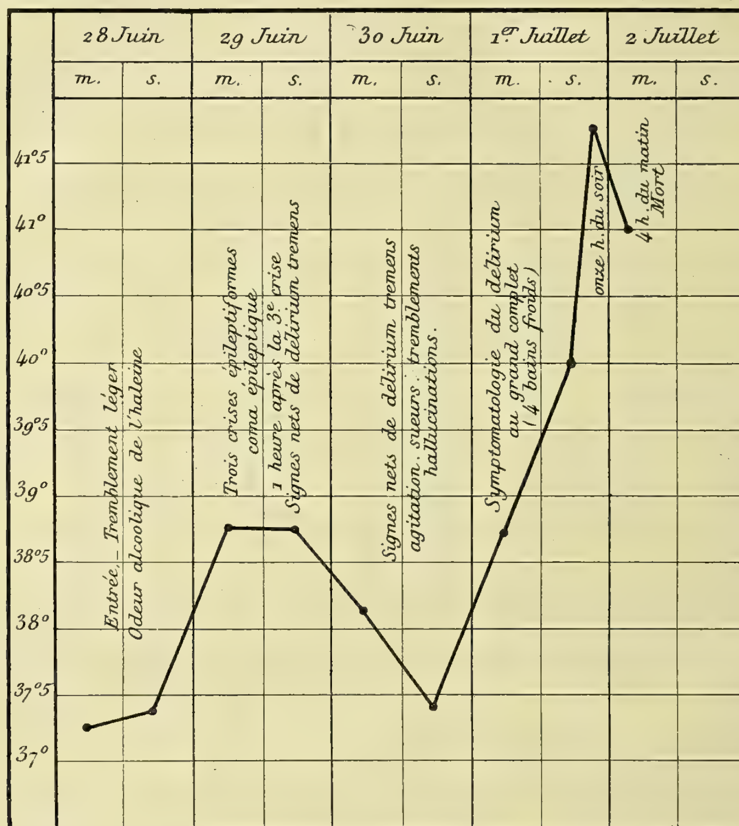


Fig. 38. — Delirium tremens alcoolique mortel (service de M. G. Ballet).

Dans cette courbe on n'a indiqué que les températures matinale et vespérale. On n'a pas mentionné les abaissements momentanés de température amenés par les bains tempérés et qui ont provoqué des abaissements variant de 1 degré à 2/10° de degré. La température à l'heure de la mort était inférieure à 9/10° de degré à la température maxima. Un bain avait été pris dans l'intervalle de ces deux températures.

La période initiale de la paralysie générale qui s'accompagne parfois d'une vive excitation et qui se trouve même dans certains cas provoquée par des excès alcooliques, se distingue du *delirium tremens* par ce fait que l'élément hallucinatoire y est beaucoup moins accusé, surtout la nuit, dans l'obscurité où dans le *delirium tremens* il se développe au contraire au maximum. De plus, l'évolution ultérieure de la paralysie générale est trop caractéristique pour permettre une confusion plus prolongée.

Dans le *délire urémique* qui se rapproche en tant que délire toxique du *delirium tremens*, les vomissements, la tendance au coma, l'albuminurie, la faiblesse ou la nullité de l'élément hallucinatoire mettront vite sur la véritable voie du diagnostic.

La *manie aiguë* pourrait facilement être confondue avec le *delirium tremens*, mais, à un examen plus attentif, on constate que dans cette vésanie il y a peu de tremblements et presque pas d'hallucinations ; si l'agitation est aussi forte ou plus forte encore, il y a chez le maniaque bien plus de décousu dans le débit, tandis que chez le sujet atteint de *delirium tremens* les hallucinations constituent un fil conducteur permettant de suivre et de comprendre les propos du malade.

Dans l'*empoisonnement par certaines substances narcotiques* comme la belladone, l'opium, les pupilles sont dilatées et la tendance au coma extrêmement prononcée.

L'hyperthermie qui caractérise la *méningite aiguë*, les contractures, les paralysies, la céphalalgie si intense et les troubles oculo-pupillaires permettront de ne pas confondre cette affection avec le *delirium tremens*.

De même, la confusion ne sera guère possible avec la *fièvre typhoïde*, à cause de la prédominance si accusée des phénomènes abdominaux.

Un diagnostic différentiel, souvent délicat à établir, est celui du *delirium tremens* avec la *pneumonie*, d'autant plus que cette affection est justement la cause la plus fréquente du *delirium tremens* chez les alcooliques chroniques. Il arrive alors qu'on se trouve en présence d'un sujet qui a un délire extrêmement violent, loquace, accompagné de fièvre et quelquefois de dyspnée. L'examen régulier est dans ces conditions souvent fort difficile à cause de l'état d'agitation extrême du malade. Néanmoins, on ausculte ce dernier et les signes habituels de la pneumonie paraissent absents ; on ne trouve pas non plus d'expectoration rouillée, et alors la dyspnée et la fièvre restent les seuls symptômes sur lesquels il faut fonder le diagnostic.

Pronostic. — Nous avons dit que le *delirium tremens* pouvait se terminer par la mort. Cette issue s'observe dans la proportion de 15 p. 100 et survient tantôt à la suite du coma, tantôt au milieu des convulsions épileptiformes. Marcé a signalé un cas de mort subite au milieu d'une agitation extrême. Mais, généralement, la guérison survient ; elle s'annonce tout d'abord par une légère possibilité de sommeil ; ensuite, les hallucinations et l'agitation se calment progressivement, et peu à peu, le sujet revient à l'état normal.

Cependant, il faut signaler la transformation possible, chez des individus prédisposés aux vésanies, du *delirium tremens* en un délire tout autre, mélancolique, hypochondriaque ou de persécution, ou bien, son passage rapide à la démence alcoolique.

Les récidives, l'intensité et la durée de l'alcoolisme chronique, l'état général du sujet, son âge sont autant d'éléments qui doivent exercer leur influence sur le pronostic et qui ont besoin d'être soigneusement scrutés.

Traitement. — C'est d'après les résultats de l'examen somatique qu'il faudra régler sa conduite en présence d'un délirant alcoolique.

S'agit-il d'un homme ne présentant aucune lésion cardiaque ni vasculaire, on aura recours aux moyens calmants à haute dose : l'opium, la morphine, le

chloral. On se rappellera aussi que la privation brusque et totale d'alcool est en pareil cas assez dangereuse, et on agira en conséquence en permettant certaines boissons alcooliques à des doses progressivement décroissantes.

Si l'on a affaire à un sujet présentant des complications viscérales chroniques ou aiguës, comme une myocardite ou une pneumonie, par exemple, on sera extrêmement sobre dans l'emploi des narcotiques et surtout du chloral. L'opium, dont on ne pourra guère se passer, sera donné avec prudence, et si l'adynamie menace, on aura recours aux toniques, aux stimulants diffusibles tel que l'acétate d'ammoniaque. Si le pouls devient particulièrement faible on le relèvera à l'aide de la digitale.

Les narcotiques sont contre-indiqués dans le *delirium tremens* fébrile ; là, on se trouvera bien de l'administration des anti-spasmodiques comme le camphre, l'éther, l'acétate de zinc.

Les toniques, les stimulants, les quantités faibles d'alcool, surtout au début, peuvent rendre quelques services.

La balnéation froide est employée contre le *delirium tremens* fébrile par Letulle, Legendre, Barth, G. Ballet. Ce mode de traitement, très délicat à manier, doit être pratiqué par le médecin lui-même qui surveillera attentivement le pouls du malade. A la sortie du bain dont la durée variera entre cinq ou dix minutes et dont la température oscillera entre dix-huit et vingt degrés, le malade sera réchauffé dans son lit et désaltéré à l'aide des boissons chaudes et stimulantes non alcoolisées. Les bains froids seront remplacés par des bains tièdes chez des alcooliques présentant des complications cardiaques ou autres de nature grave.

III. — Prophylaxie de l'alcoolisme

Nous résumerons cette prophylaxie en une seule proposition : diminuer par tous les moyens la consommation de l'alcool ; chercher à l'industrie des alcools des débouchés autres que celui de l'alimentation.

Au cours de notre exposé, nous avons indiqué les causes qui favorisent le développement de l'alcoolisme. Il faut s'attaquer à chacune de ces causes en particulier. L'alcoolisme étant en grande partie sous la dépendance des mauvaises conditions sociales de la classe ouvrière, il est indispensable de rendre l'habitation, l'alimentation et la vêture de l'ouvrier plus en harmonie avec les exigences modernes. Celui qui résoudra équitablement ce problème d'économie sociale aura fait les trois quarts de la besogne pour la disparition de l'alcoolisme.

Les idées reçues en faveur de l'alcool, les préjugés, les habitudes contractées, représentent une force mentale considérable contre laquelle il faut lutter par l'instruction et l'éducation appropriées des enfants, par la suggestion des médecins, par les sermons des prêtres.

Moyens législatifs. — Les boissons alcooliques étant répandues à flots par

les huit cent mille bouilleurs de crû, grâce à leur regrettable privilège[1], l'intérêt supérieur du pays exige qu'on supprime ce dernier.

La Suède et la Norvège ont vu diminuer rapidement la consommation de l'alcool grâce à cette suppression.

La production incessante des alcools industriels a inondé le marché de produits à bon marché, par conséquent trop facilement accessibles, constituant une tentation perpétuelle. L'augmentation de l'impôt sur les alcools et les boissons distillées pour être une mesure efficace, doit être énorme, de façon à décourager les industriels et, par ricochet, les consommateurs. Mais, tant que cet impôt ne sera que proportionné aux besoins du Trésor et non aux intérêts de l'hygiène publique, il sera impuissant à restreindre le fléau.

Ainsi, on a augmenté l'impôt en France en le portant depuis 1900 à 351 fr. 20 (droits de consommation, d'entrée et d'octroi) par hectolitre (alcool à 100°) au lieu de 37 fr. 40 qu'on payait en 1830. Cette augmentation n'a donné que des résultats négatifs, et si en 1830 la consommation par tête d'habitant et par an était en France de 1 litre et demi, elle est aujourd'hui de 4 l. 56. Cela prouve que la taxe est trop faible, qu'elle n'atteint nullement le consommateur, puisqu'il boit plus encore qu'autrefois.

Un impôt sur une substance dangereuse n'est vraiment efficace que s'il la rend inaccessible, et nous sommes infiniment loin de ce résultat. Aussi, l'impôt tel qu'il est établi sur les boissons distillées, uni au dégrèvement des boissons fermentées a-t-il déjà donné des résultats plutôt fâcheux pour l'année 1898, où la consommation a monté de 4 l. 56 à 4 l. 72. L'illusion de l'effet inoffensif des boissons fermentées provient des comparaisons que l'on fait entre le pochard d'autrefois, d'avant les alcools d'industrie, et l'ivrogne, ou plutôt l'alcoolique d'aujourd'hui. On oublie trop que la population de nos buveurs actuels se recrute principalement parmi les descendants directs ou indirects des buveurs de jadis et qu'à force de consommer des quantités de boissons fermentées (qui contiennent des alcools, à faible degré de concentration, c'est vrai, mais qui en contiennent), l'effet toxique s'accumule et finit par se produire. Encourager des millions d'individus plus ou moins touchés par l'alcoolisme héréditaire à consommer du vin, de la bière et du cidre d'une façon exagérée est un moyen, au moins singulier de lutter contre les progrès incessants du mal. En réalité, comme disent Triboulet et Mathieu : « le dégrèvement des boissons fermentées est simplement une sorte de prime à l'alcoolisme officiel[2]. » Pour nous, l'impôt sur les boissons distillées devrait être énorme, presque inaccessible. Quant aux boissons fermentées, un impôt *progressif*, fondé sur le degré alcoolique de ces boissons, nous semble utile pour mettre de sérieuses entraves à leur consommation exagérée (Roques).

Il faut aussi semer d'obstacles la route qui mène au débit. A l'heure actuelle, elle est trop courte, trop commode en France. En limitant le nombre des cabarets, on rend la distance qui les sépare du consommateur plus grande.

[1] Loi du 14 décembre 1875.

[2] Triboulet et Mathieu. *L'alcool et l'alcoolisme*. Paris, 1900, p. 207.

Avantage très mince, il est vrai, car dans ce cas le consommateur se précautionne en apportant ou en faisant apporter à la maison une provision d'alcool suffisante pour un temps déterminé. L'ivrognerie de cabaret est alors transportée dans le sein de la famille ; il aurait peut-être mieux valu qu'elle ne sortît pas du cabaret. Pourtant, il est des individus qui boivent chez le marchand de vins et qui ne prendraient pas la précaution de faire une provision d'alcool. Donc, l'augmentation des licences est un moyen de diminuer le nombre des petits débits, mais au point de vue de la consommation de l'alcool elle ne peut donner que des résultats très minces. Aux États-Unis la taxe est assez forte : depuis 1882 les grands bars paient leur licence 5 000 francs et les petits cabarets paient 500 francs. Il est arrivé alors que plusieurs petits cabarets ont été réunis en un seul grand établissement. La concurrence des petits cabaretiers n'existant plus, l'exploitation se fait en grand par quelques gros capitalistes. On boit comme auparavant et l'hygiène n'y a absolument rien gagné. En Hollande, avant 1881, le commerce au détail des alcools se pratiquait librement ; 43 950 cabarets prospéraient dans le pays. La loi du 28 juin 1881 vint limiter le nombre de débits et le fit tomber en 1892, à 25 000. Au point de vue de la consommation, le résultat fut anodin : de 9 l. 8 elle passa à 8 l. 7. Même constatation en Suisse, en Ecosse. Aussi, le vrai moyen qui serait l'interdiction pure et simple de la vente des boissons distillées, commence-t-il a être employé. Cette interdiction a été appliquée pour la première fois en 1851 dans l'État du Maine ; des agents administratifs veillent à ce que l'alcool ne soit vendu que comme médicament, comme substance industrielle, ou comme réactif de laboratoire. Cette prohibition générale dite « loi du Maine » a trouvé des imitateurs dans plusieurs États voisins : le New-Hampshire, le Kansas, le Iowa, le Sud et le Nord Dakota, le Vermont, provinces occidentales du Canada. Dans d'autres États, comme celui de Géorgie, on voit des communes qui décident, chacune pour son compte, la prohibition locale de la vente de l'alcool à boire, et cela au suffrage universel, à la majorité absolue. L'alcool industriel ne peut circuler qu'après dénaturation. Actuellement la prohibition *locale* est en vigueur dans seize États de l'Union. La colonie anglaise de la Nouvelle-Galles du Sud a adopté aussi le principe de la prohibition locale qui ne peut être appliquée que par le vote des 2/3 de la population, les femmes ayant le droit de participer au vote.

La Suède applique la prohibition locale pour les boissons distillées ; la Norvège pour toutes les boissons alcooliques.

Deux mille paroisses d'Angleterre n'ont pas de cabarets par suite d'une loi qui autorise les grands propriétaires terriens à interdire dans leurs possessions la vente des spiritueux. Cette prohibition fut soutenue par Gladstone sous le nom d'*option* locale. Il existe à Liverpool tout un faubourg qui se trouve dans ces conditions, et il paraît que l'état sanitaire de ce quartier est particulièrement bon. Il y a certainement en Angleterre une tendance à adopter la prohibition locale par le suffrage des habitants d'une commune. Le projet de la loi de William Harcourt, dont l'adoption n'est qu'une question

de temps, stipule que si la moitié des habitants d'une paroisse se prononce en faveur de la prohibition locale de la vente des spiritueux, la prohibition est acquise. L'option locale a été également adoptée par la Nouvelle-Zélande.

Si on voulait appliquer ce système dans les communes de France, seulement en ce qui concerne l'absinthe et les similaires, on en retirerait de précieux avantages pour la santé publique. Mais nous n'en sommes pas encore là.

Un système qui a donné, conjointement avec d'autres moyens comme la suppression du privilège des bouilleurs, des bons résultats en Suède et en Norvège, consiste à faire racheter par les sociétés de tempérance les débits où l'on ne vend que des alcools purifiés et à un prix assez élevé pour décourager les consommateurs trop zélés. Ces sociétés philanthropiques dites en Suède et en Norvège : *bolag* ou « sociétés de l'octroi » ont débuté à Goeteborg et à Stockholm en 1865, et leur façon assez ingénieuse de combattre l'alcoolisme est connue sous le nom de *système de Goeteborg* ou *monopole de sociétés*. Leur but principal étant de sevrer les populations d'alcool, elles ferment les auberges de très bonne heure et même certains jours (fêtes, événements politiques), elles ne les ouvrent pas du tout. Malgré tous ces obstacles apportés à la consommation d'alcool, ces *bolag* font leurs affaires, réalisent des gros bénéfices qui vont à des œuvres d'utilité publique. Les chiffres officiels accusent en même temps une diminution très sensible dans la consommation de l'alcool par tête et par an ; ainsi pour la Suède et la Norvège, elle est descendue de 2 l. 4 en 1875 à 1 l. 5 en 1890 ; pour la Suède de 5 l. 4 en 1875 à 3 l. 4 en 1890. Cet exemple montre qu'il ne faut négliger aucun moyen, si petit qu'il paraisse, du moment qu'il constitue un obstacle pour se procurer facilement de l'alcool ; ainsi, l'*interdiction de la vente des apéritifs* (absinthe et similaires), dans les cantines, est une bonne mesure adoptée en France par le Ministère de la Guerre ; elle serait meilleure encore si elle s'étendait sur toutes les boissons distillées ; de même, la *réglementation des heures et des jours d'ouverture des débits* de marchands de vin ne peut que contribuer à gêner les consommateurs trop assidus ; la *défense de servir à boire à des clients ivres ou à des enfants* est consacrée par une loi française, mais qui n'est malheureusement jamais appliquée ; la *déchéance temporaire ou définitive de la puissance paternelle, dans le cas d'ivrognerie chronique, incurable ;* la *non reconnaissance des dettes de cabaret ;* enfin, l'*application des lois pénales contre le délit de l'ivresse.*

Monopole. — Reste à dire quelques mots du monopole de l'alcool par l'État, projet fortement appuyé par Alglave, Guillemet, Maujan.

L'État peut exercer le monopole de trois manières distinctes ou combinées entre elles : monopole de *fabrication,* de *rectification* et de *vente.*

Le projet de Alglave se résume ainsi :

L'État rachètera à un prix supérieur au cours actuel tous les alcools produits en France, et se chargera de les faire rectifier dans les usines à lui. Ensuite, il revendra les alcools rectifiés aux débitants avec cette clause spéciale que les cabaretiers ne paieraient la marchandise qu'après l'avoir vendue.

Tout ce qui ne sera pas vendu restera à crédit en dépôt chez le marchand de vin sans aucun risque pour lui. Une remise de 20 p. 100 sera accordée aux cabaretiers sur la vente des alcools rectifiés. Le consommateur ne paiera pas plus cher qu'avant, au contraire : le petit verre d'alcool rectifié pourra être offert pour dix centimes. Aucune entrave ne sera apportée à la fabrication du cognac et des liqueurs de tout genre du moment qu'on n'emploiera que l'alcool vendu par l'État.

Au point de vue financier, il faut faire compliment à l'auteur de ce projet, puisque le Trésor pourra encaisser, grâce à sa réalisation, plus de onze cent millions de francs par an, c'est-à-dire une somme supérieure de huit cent millions à celle que produit actuellement l'impôt sur l'alcool. Mais, sous le prétexte fallacieux que l'alcool est rectifié, ce projet contient plus qu'il n'en faut pour jeter le pays dans une catastrophe irrémédiable. L'alcool rectifié, nous l'avons suffisamment établi plus haut, est le principal agent d'intoxication de toutes les boissons distillées. En adoptant le projet indiqué ci-dessus, on donne une prime à tous les bouilleurs de cru à qui l'État achète dans d'excellentes conditions pour eux tous les alcools qu'ils produisent. Le nombre des cabaretiers, qui est déjà phénoménal, augmentera encore, car un métier dans lequel on ne court aucun risque et où l'on gagne sûrement sa vie, sera recherché de plus en plus. Enfin, le prix infime du petit verre sera un encouragement pour le consommateur. Donc, avec un pareil projet, on va tout droit à l'inondation de la France par l'alcool, avec toutes les conséquences que nous n'avons plus à rappeler.

Le monopole de la rectification existe en Suisse depuis 1886 et, au point de vue des résultats hygiéniques, il suffit de rappeler la phrase de Forel : « Heureux sont les États qui n'ont pas encore fait cette dangereuse expérience ». Rochat arrive à la même conclusion [1].

La Russie fait en ce moment cette expérience sur une échelle plus vaste encore : là, depuis 1894, non seulement l'État rectifie lui-même les alcools, mais il s'est octroyé le monopole de leur vente, du moins dans un certain nombre de gouvernements.

Nous ne voulons pas entrer ici dans les détails financiers de ce régime, mais, au point de vue hygénique, des savants compétents comme Borodine et Grigorieff [2] ont déclaré ce système absolument néfaste ; pour eux, le monopole a engendré en Russie un nouveau mode de consommation : il a transplanté l'ivrognerie du cabaret dans le ménage.

Il existe en Russie des restaurants populaires qu'on appelle des *traktirs* ; autrefois, on y mangeait et buvait du thé ; actuellement, on y vend des spiritueux en quantité considérable, sous prétexte que ces établissements ne sont pas classés comme des débits. La fraude des alcools bat son plein, naturellement. Le nombre des débits gouvernementaux est plus considérable qu'auparavant. A Saint-Pétersbourg, par exemple, la statistique démontre

[1] L.-L. Rochat. *La lutte contre l'alcoolisme en Suisse*, 1895.

[2] Borodine et Grigorieff. Le monopole en Russie, in *C. R. du VIIe Congrès international contre l'alcoolisme*, avril 1899. Paris.

que pour 10 675 maisons, le nombre de cabarets officiels est de 2 382, ce qui fait un cabaret pour 4 ou 5 maisons. La consommation annuelle atteint un chiffre élevé : elle est de 36 l. 87 d'alcool à 40° par habitant, sans distinction d'âge ni de sexe. Dans les hôpitaux de la capitale russe on reçoit par an 16 839 alcooliques des deux sexes; le nombre de morts par alcoolisme atteint à Saint-Pétersbourg le chiffre de 67 par an.

La conclusion est facile à tirer : le monopole constitue, au moins au début de son application, un moyen pour enrichir le Trésor, mais il est des plus dangereux pour la santé publique, et il ne peut que contribuer à la ruine matérielle et morale des classes pauvres de la société.

Éducation et instruction anti-alcoolique. — Nous avons dit que la prophylaxie anti-alcoolique doit consister dans une lutte contre les préjugés et les habitudes. Ce rôle appartient aux éducateurs, aux prêtres, aux médecins. Libres ou enrôlés dans des sociétés de tempérance, leur rôle est très précis : ils doivent préparer l'opinion publique de l'avenir en faveur de toutes les lois et de toutes les mesures propres à diminuer en France les ravages de l'alcoolisme. La « Société Française de tempérance » a commencé sa campagne depuis trente ans. D'autre part, dès 1895, notre Ministère de l'Instruction publique a compris la tâche qui lui incombait dans cette entreprise, et à la suite d'un rapport que nous avons été appelé à lui présenter, nous avons été chargé d'inaugurer la campagne anti-alcoolique dans les écoles primaires, élémentaires et supérieures de Paris [1] et aussi à l'École Normale des instituteurs de la Seine.

Les programmes de l'enseignement primaire ont été depuis totalement remaniés dans le sens de cette campagne, et, à l'heure actuelle, les dangers de l'alcoolisme sont enseignés d'une façon régulière dans toute la France, ainsi que le constatent les rapports des Inspecteurs généraux. Comme corollaire de cet enseignement spécial se fondèrent un peu partout des sociétés scolaires et post-scolaires contre l'alcoolisme ; citons les sections cadettes de la *Société française de Tempérance* et de l'*Union française anti-alcoolique,* fondée par Legrain, l'*Association de la Jeunesse Française tempérante* fondée par nous-même.

Bibliographie. — Magnus Hüss. *Chronische Alkoholkrankheit oder Alkoholismus chronicus,* deutsch. von v. d. Busch, 1852. — Magnan. *De l'alcoolisme* 1874. — Davis (N.-S.). The effects of alcoholic drinks on the human system, and the duties of medical men in relation theret. *Bull. An. M. Temper. Ass.*, 1895-96-87, 112. — De Jong (A.). Inebrity and its treatment by hypnotism. *Méd. Rec.*, N. Y., 1896, 479-481. — Mahaim. Le traitement des alcooliques et des buveurs d'habitude. *Ann. de la Soc. méd. chir. de Liège*, 1896, XXXV, 92-97. — Moreau (P.). L'alcoolisme chez les enfants. *Ann. méd. psych.*, 1895, 337-372. — Oppenheimer (H.). Ein Fall von acutem, umschriebenen Hautödem auf alkoholischer Grundlage. *Deutsch. medic. Wo-*

[1] Roubinovitch. *L'alcoolisme et l'instruction publique,* 1894. Paris.

chensch. Leipz. und Berl. 1896, 47. — Sérieux (P.). Les asiles de buveurs. *Ann. d'hygiène.* Paris, 1896, XXXV, p. 308-335. — Laborde (J.-V.). L'alcoolisme et la solution rationnelle du problème hygiénique considérée en elle-même et dans ses rapports avec la réforme de l'impôt des boissons. *Rev. d'hyg. Paris,* 1896, XVIII, 1001-1033. — Lindley (W.). Hydrobromate of hyoscine in delirium tremens. *Occidental M. Times, Sacramento,* 1897, XI, 57. — Antheaume. De la toxicité des alcools. *Th. de Paris,* 1897. — Hermann. Der Alkoholismus im Kantone Waadt. *Alkoholismus.* Dresden, 1900, I, 273-279. — Samter. Alkoholismus und öffentliche Armenpflege. *Alkoholismus.* Dresden, 1900, I, 257-267. — Zalanda (L.-N.). Où commence l'abus de l'alcool? *Med. bessieder. Vidin,* 1900, VI, 477-483. — Schmidt (P.). Bibliographie des Alkoholismus der letzten 20 Jahre. *Alkoholismus.* Dresden, 1900, I, 279-306. — Deshayes. A propos de l'alcoolisme infantile de la Normandie. *Tribune méd.,* 1900, 2 s., XXXIII, p. 852-854. — Grasset. Alcoolisme insidieux et inconscient. *Revue du Mond. invis.,* Paris 1900, III, 205-224. — Gebhardt (W.). Die radikale Heilung der Trunksucht, der Morphiumsucht und andererer chronischer Vergiftungen mit Schlaf-und Genussmitteln. Leipzig, Ficker, 1900, 8°, 34 s. — Fock. Heilung der Trunksucht und Hypnose. *Allg. méd. Centr. Ztg.* Berl. 1900, LXIX, p. 1029-1020. — Crothers (T.-D.). Alcohol as a Causative factor in diseases of the central nervous system. *J. Am. M. Ass., Chicago,* 1898, XXX, p. 842-844. — Joffroy (A.). Délire alcoolique; pneumonie; osthéo-arthropathie hypertrophiante pneumique. *Rev. gén. de clin. et de thérap.,* 1898, XII, 161-163. — Legrain. L'alcoolisme au Congrès de Bruxelles. *Arch. de Neurol.,* 1898, V, 241-250. — Forel (A.). Theses on the alcoholic question. *Quart. J. Inebr. Hartford,* 1898, XX, 331-335. — Gréhant (N.). Nouvelles recherches sur l'alcoolisme aigu. *Comp. rend. de la Soc. de Biol.* Paris, 1900, LII, 894-895. — Douglas (J.). Delirium tremens. *N.-York, M. J.,* 1900, LXXII, p. 852. — Villiers (E.). Le traitement du delirium tremens. *Bull. méd. de Québec,* 1900, II, p. 157-160. — Williamson (A. P.). Behandlung des delirium tremens im City-Hospital von Minneapolis. *Allg. homöop. Ztg.,* Leipzig. 1900, CXLI, p. 156-158. — Laitinen (T.). Ueber den Einfluss des Alkoholes auf die Empfindlichkeit des thierischen Körpers für Infektions stoffe. Jena, Fischer, 1900, 4°, 210 p. — Bauduy (J.-K.). Remarkable reduction of mortality in the treatment of acute alcoholism. *Saint-Louis Med. Rev.,* 1900, XLII, 415-419. — Delobel. L'alcoolisme chez l'enfant. *Ann. de Méd. et Chir. infant.,* 1900, 8°, 11 p. — E. de Lavarenne. Alcoolisme et tuberculose, in *Rapport de la Commission de la tuberculose.* Paris, 1900, p. 278 et suiv. Tableau de la consommation totale d'alcool à 100° par tête, suivant les départements, p. 299. — Triboulet et Mathieu. *L'alcool et l'alcoolisme.* Paris, 1900. — Salvant. Traitement du *delirium tremens* fébrile par la balnéation froide. *Th. de Paris,* 1901.

B. — Chloralisme.

(*Chloralisme chronique et delirium tremens chloralique.*)

Historique. — L'histoire du chloralisme chronique commence avec l'introduction de l'hydrate de chloral dans la thérapeutique. C'est ainsi que dans le courant de l'année 1869, date de cette introduction par Libreich, un mémoire de Jastrowitz[1] signale des troubles circulatoires graves dus à l'usage prolongé du médicament. L'année d'après, Lange[2] publie un cas de diminution de l'activité cérébrale résultant de la même médication, et Kaiser[3] note des troubles de la sensibilité avec paralysie des extrémités supérieures. Depuis, il ne se passe

[1] Jastrowitz. *Berliner Klinische Wochenschrifft,* 1869.

[2] Lange. *Berliner Klinische Wochenschrifft,* 1870, n° 10.

[3] Kaiser. *Philadelphia medical Times,* 1870, n° 6.

pas d'année sans qu'on ne voit signaler dans les recueils scientifiques un cas de trouble circulatoire, respiratoire, cutané ou nerveux provoqué par le chloralisme chronique. Le mémoire de Rehm[1] dans lequel l'historique de cette intoxication est longuement exposé, rapporte un grand nombre d'observations qui font bien connaître les accidents subaigus du chloralisme.

En France, on connaissait ces faits qui furent signalés, notamment, dans le travail de Pichon[2], en 1888, à propos de l'association du chloralisme avec le morphinisme. Ce qu'on ne connaissait guère jusqu'à ces derniers temps, c'est la possibilité d'observer au cours du chloralisme chronique un accès de délire comparable au *delirium tremens* de l'alcoolisme chronique. Or, grâce à Gilbert Ballet qui publia la première observation de *delirium tremens* chloralique en 1893 et la seconde en 1899, cette possibilité est cliniquement démontrée[3]. Nous pouvons donc tracer actuellement un tableau assez complet de l'intoxication chronique par l'hydrate de chloral.

Étiologie. — Le chloralisme d'habitude se comporte comme toutes les autres intoxications volontaires : il crée une tendance à absorber régulièrement une certaine dose de chloral, dose qui va généralement en augmentant. Les accidents sont dus tantôt à l'abus de cette substance, tantôt à sa suppression, absolument comme dans l'alcoolisme ou le morphinisme. Ce sont généralement des sujets névropathiques qui contractent l'habitude d'absorber régulièrement du chloral. Au début, c'est à l'occasion d'une insomnie, d'une névralgie, d'un malaise qu'on a recours au chloral ; l'accoutumance ne tarde pas à se produire, et au bout de quelques semaines l'habitude est fortement contractée. Si à ce moment on détermine la cessation brusque de l'usage du chloral, on crée un état de besoin comparable à bien des points de vue à l'état de besoin du morphinomane : des accidents plus ou moins graves éclatent et parmi eux des troubles nerveux, principalement. Au point de vue étiologique, il importe de distinguer ces troubles nerveux *par abstinence du chloral* de ceux qui surviennent *par usage régulier et progressif* de cette substance.

Symptomatologie. — *Accidents nerveux dus à l'usage régulier du chloral.* — Au lieu de calmer la douleur et procurer le sommeil, l'abus du chloral détermine souvent de l'excitation, une insomnie extrêmement tenace, une hyperesthésie générale. Dans d'autres cas, il provoque un état de dépression voisin de la stupeur.

Dans la forme d'excitation, le chloralisme chronique peut se manifester par des attaques épileptiformes et des hallucinations surtout vespérales, comme dans un cas de Bruselius, rapporté par Rehm. Kirn cite un cas de psychose chloralique avec hallucinations visuelles et auditives déterminant une extrême agitation.

[1] Rehm. *Archiv. für Psychiatrie.* Berlin, 1886.
[2] Pichon. Les maladies de l'esprit, Paris, 1888.
[3] G. Ballet. *Société médicale des hôpitaux*, 1893; *Société de Neurologie*, décembre 1899 ; et Thèse de Calandraud. Paris, 1899.

La forme torpide, apathique de l'intoxication chloralique, se caractérise par une profonde dépression, un demi-assoupissement dans lequel le malade est plongé. Cet état peut s'accompagner de délire et d'hallucinations comme cela est signalé dans une observation de Rehm

Les *accidents psychiques dus à la suppression brusque du chloral* revêtent généralement les mêmes formes, ainsi que l'ont constaté Schüle et Kirn, c'est-à-dire : 1° l'excitation avec ou sans attaques épileptiformes, avec ou sans hallucinations de diverse nature; 2° la dépression avec affaiblissement passager ou durable des facultés intellectuelles, troubles sensoriels divers.

Parmi les accidents rares pouvant survenir au cours du chloralisme d'habitude, il convient de signaler le *delirium tremens* chloralique dont Gilbert Ballet a tracé la description.

Delirium tremens chloralique. — L'accès délirant aigu ou suraigu survenant au cours du chloralisme d'habitude se manifeste généralement chez des sujets névropathiques, déséquilibrés, morphinomanes anciens ou actuels qui depuis de longues années usent et abusent du chloral. Pendant longtemps ces malades éprouvent les symptômes ordinaires de l'intoxication chronique par ce médicament : fatigue et lassitude générales, surtout le matin au réveil, après un sommeil agité par toute sorte de rêves ; tremblement des mains au lever ; poussées de rougeur à la figure après les repas ; amaigrissement. Pour que l'accès délirant éclate dans ces conditions, il faut, ou bien que les sujets augmentent d'une façon inaccoutumée la dose journalière du chloral, ou bien qu'ils se trouvent brusquement privés, et d'une façon totale, de leur calmant habituel. Qu'il survienne *a potu nimio* ou *a potu suspenso,* l'accès est précédé pendant deux ou trois jours de quelques signes prodromiques qui varient d'un sujet à un autre : c'est tantôt de l'agitation avec insomnie et fièvre, tantôt de la torpeur avec ralentissement du pouls ; mais ce qui ne manque jamais à cette période prodromique, c'est l'exagération du tremblement des mains qui s'étend parfois au corps tout entier ; en même temps, l'haleine exhale une odeur chloroformique plus ou moins intense, la face est rouge et le sujet a un aspect manifestement ébrieux.

Insensiblement, la période prodromique cède la place à la période d'état, et le tableau clinique ressemble alors, à s'y méprendre, à celui des individus atteints de *delirium tremens* alcoolique. En effet, la température du corps s'élève à 38°, 39°, parfois davantage. Le visage et le corps sont en sueur. Un tremblement général agite le corps. Dans certains cas le malade produit l'impression d'être à l'état vibrant. Tout tremble : les membres supérieurs et inférieurs, les lèvres, la langue. Les oscillations dont se compose ce tremblement sont petites et rapides. La trémulation de la langue et des lèvres donne par moments à la parole l'apparence d'un bredouillement. Souvent on constate aussi des soubresauts des tendons et des muscles. Dans l'ensemble, on a l'impression du tremblement alcoolique, sauf qu'il est peut-être moins intense et surtout moins continu dans le *delirium tremens* chloralique. Les pupilles sont

tantôt dilatées, tantôt rétrécies ; leurs réactions sont paresseuses. Les réflexes rotuliens sont normaux.

L'état psychique se caractérise par des rêvasseries fondées principalement sur des hallucinations visuelles et auditives. Ce rêve hallucinatoire est généralement peu intense ; le sujet est plutôt déprimé, il a des tendances à la torpeur et les hallucinations sont le plus souvent peu vives.

L'*évolution* du *delirium tremens* chloralique est variable, en rapport avec l'état antérieur du sujet, l'état de son cœur ou de ses reins.

Chez certains malades la suppression brusque et complète du chloral aggrave la situation : la fièvre monte, le tremblement augmente encore plus, la torpeur s'exagère et des accidents comateux se produisent avec terminaison par la mort. Mais si au lieu de cesser brusquement l'usage du chloral, on continue à le donner à des doses progressivement décroissantes, une détente ne tarde guère à se produire dans les quarante-huit heures : le rêve hallucinatoire cesse pendant quelques heures le matin ; au bout de quelques jours, il disparaît complètement alors que le tremblement et les soubresauts des tendons persistent pendant quelque temps.

La *durée* totale de l'accès est de quatre à cinq jours.

On comprend que le *diagnostic* ne soit pas toujours très facile et que la première idée qui se présente en pareil cas c'est celle d'un accès de *delirium tremens alcoolique*. Les commémoratifs seront d'un grand secours pour écarter le diagnostic d'alcoolisme. On se fondera aussi sur le caractère des troubles sensoriels, beaucoup plus fugaces, beaucoup moins vifs dans le chloralisme aigu que dans l'alcoolisme.

Avec les réserves faites relativement à l'état antérieur des sujets et au mode de traitement employé, le *pronostic* est généralement bénin.

Le *traitement* du chloralisme chronique ou subaigu consiste dans la suppression lente et progressive de l'agent toxique.

En présence du *delirium tremens* chloralique, on ne saurait dire avec certitude s'il est préférable de recourir à la suppression brusque ou à la diminution progressive de l'agent toxique. Dans l'un des cas dont G. Ballet a relaté l'observation, le chloral fut supprimé dès le début des accidents : la malade succomba. Dans le second, au contraire, où la suppression n'eut lieu que progressivement, le malade survécut. Il semblerait donc, ce que *a priori* on peut d'ailleurs aisément concevoir, que l'on doive plutôt adopter la dernière manière de faire.

Il va de soi qu'on tiendra compte dans le traitement du chloralisme aigu des indications qui dérivent de la fièvre, des troubles cardiaques, de l'état des voies digestives et de celui de la nutrition générale.

Bibliographie. — Anstie. *The Practitioner*, 1874. — G. Ballet. *Société médicale des Hôpitaux*, 1893. — *Id.*, *Société de Neurologie*, 1899. — Calandraud. *Th. de Paris*, 1899. — Dechambre. Diction. encycl. des sciences médicales (Art. *Chloral*). — Von Gelhorn. *Allgem. Zeitschrifft für Psychiatrie*, 1871. — Griffith, *The Practi-*

tioner, 1879. — Kaiser. *Philadelqhia Médical Times*, 1870. — Kirn. *Berlin. Klin. Wochenschrifft*, 1883. — Lange. *Ibid.*, 1870. — Mackenzie. *Journal of mental Science*, 1876. — Pichon. *Les maladies de l'esprit*, Paris 1888. — Rehm. *Archiv. für Psychiatrie*, 1886. — Rosenthal. *Wiener Medizin. Presse*, 1889. — Savage, *Journal of mental Science*, 1879. — Schüle. *Berlin. Klin. Wochenschrifft*, 1884. — Stone. *Medical Times*, 1879. — Winn. *The Lancet*, London, 1874. — Coe (H.-W.). Acute chloral dementia simulating paretic dementia. *Médecine*, Détroit, 1898, IV, p. 655-657.

C. — Morphinisme et morphinomanie.

Introduction. Historique. — L'imprégnation de l'économie par l'opium s'observe surtout chez les mangeurs ou les fumeurs de ce poison. Dans beaucoup de contrées de l'Orient, en Chine, dans l'Inde, dans la Perse, en Turquie, l'opium est d'un usage aussi répandu que l'est le tabac en Europe. Depuis quelques années d'ailleurs, on trouve des opiophages et des fumeurs d'opium, en Angleterre, principalement parmi la population ouvrière de certains comtés de Lincoln et de Norfolk.

Grâce à sa propriété sédative et hypnotique, l'opium donne lieu chez des sujets, qui en mangent ou en fument régulièrement, à des abus, dont la conséquence est une intoxication chronique se traduisant par des signes très graves : amaigrissement considérable, asthénie musculaire presque totale, absence d'appétit, absence d'énergie, constipation alternant avec des diarrhées dysentériformes, affaiblissement de la mémoire, du jugement et de la volonté, paralysies, mort par une complication cérébrale ou par une maladie intercurrente, dont le sujet trop épuisé ne peut faire les frais. Aussi n'est-il pas étonnant que la morphine qui est le principe le plus important de l'opium, ($C^{34} H^{19} AzO^6 + H^2 O^2$), produise beaucoup plus rapidement, en cas d'abus, des accidents tout à fait analogues, mais plus accentués, à cause du mode spécial de son introduction dans l'organisme : l'injection hypodermique.

A poids égal, la morphine, introduite simplement par la bouche, exerce sur l'organisme une action beaucoup plus forte que l'opium sous ses diverses formes et, pour s'en faire une idée exacte, il suffit de se rappeler que : 1 centigramme de morphine équivaut, d'après les évaluations du Codex, à :

Extrait thébaïque	5	centigrammes.
Poudre de Dower	50	—
Laudanum de Sydenham.	80	—
Élixir parégorique.	10	grammes.
Sirop thébaïque	30	—
Sirop diacode.	100	—

Que doit être alors cette action, si la morphine est introduite non pas par la bouche ou le rectum, mais sous la peau ?

Le tube digestif, lui, peut être plus ou moins bien disposé pour conserver le médicament introduit et pour le digérer : il a toujours la ressource de s'en débarrasser immédiatement par un vomissement. Avec l'injection sous

cutanée, le médicament est absorbé *sûrement, totalement* et *rapidement*. Les aréoles du tissu conjonctif, c'est-à-dire les origines mêmes du tissu lymphatique, se trouvent immédiatement imprégnées par la substance active qui, trouvant ainsi les portes du système circulatoire ouvertes, s'y élance avec facilité et promptitude. Ceci explique l'action particulièrement énergique de la morphine administrée par la voie hypodermique : il y a là une introduction brusque du médicament dans le sein de l'économie et, par conséquent, réalisation, pour ainsi dire immédiate, de l'effet recherché. Le malade est séduit par la simplicité et l'efficacité de la méthode; à la moindre douleur, il a une tendance à recourir à la « piqûre » qui, en un clin d'œil, dissipe toutes les souffrances; il trouve très commode d'avoir entre les mains la seringue de Pravaz et la solution de morphine ; bientôt, avec la complaisance de son médecin ou de son pharmacien, il se procurera l'un et l'autre ; à partir de ce moment, il est la victime de l'intoxication morphinique.

La grande majorité des morphiniques et des morphinomanes doivent leur intoxication surtout à l'introduction hypodermique de l'alcaloïde de l'opium, ce qui n'exclut nullement la possibilité d'arriver au même résultat pathologique en pratiquant la morphinophagie, procédé infiniment plus rare.

On peut donc dire que la méthode des injections sous-cutanées, qui constitue une des plus belles acquisitions de la thérapeutique moderne, a considérablement contribué, entre des mains ignorantes ou malfaisantes, au développement du morphinisme. Il serait puéril d'en rendre responsable la méthode : tout dépend des hommes qui s'en servent.

On a commencé à injecter la morphine sous la peau en 1836. Lafargue, de Saint-Emilion, fait vers cette époque une communication à l'Académie de Médecine sur l'inoculation de la morphine et d'autres substances [1].

Vient ensuite sur le même sujet, en 1845, le travail de M. F. Rynd [2] et en 1853, celui de Wood [3].

Lafargue, Rynd et Wood peuvent être considérés comme les promoteurs de la méthode appliquée à la morphine.

En France, cette méthode conquit rapidement de nombreux partisans parmi lesquels nous citerons Béhier, Courty, Richet, Becquerel, Trousseau, Hérard. D'autres, comme Ollivier, Bonnar, Ch. Hunter, B. Bele répandirent la méthode en Angleterre.

Dès le début, on employa la seringue de Pravaz, déjà connue en chirurgie et en physiologie expérimentale.

L'histoire pathologique de la morphine commence avec Laehr [4] qui, en

[1] G. V. Lafargue (de Saint-Emilion). Inoculation de la morphine et d'autres substances. In *Bull. de l'Ac. de Méd.* Paris, 1836, t. I, p. 13, 40.

[2] F. Rynd (de Dublin). Faits relatifs à l'histoire des injections sous-cutanées. In *Dublin Médical. Press*, 12 mars 1845.

[3] Wood (d'Edimbourg). Traitement des névralgies par l'injection sous-cutanée des substances narcotiques. In *Edimbourg. med. and Surg. Jour.*, avril 1855.

[4] Laehr. *Zeitschr. f. Psych.*, 1872. H. 3.

1872, signale, pour la première fois, plusieurs cas d'intoxication de ce genre. Des faits analogues sont publiés par Fiedler[1] en 1874.

En 1883, Levinstein[2] décrit sous le nom de « morphiumsucht » ou « manie morphinique », l'état des individus qui se font d'une façon abusive des injections hypodermiques de morphine. L'intoxication qui en résulte entraîne, d'après Levinstein, outre la cachexie, des troubles psychiques allant parfois jusqu'à une véritable aliénation mentale. D'après certains symptômes et leur évolution, l'auteur établit une comparaison entre le morphinisme chronique et l'alcoolisme : dans les deux intoxications, le sujet présente souvent un état de profonde apathie que seule l'absorption de nouvelles doses du poison est capable de dissiper ; de même encore, dans les deux intoxications, il se produit plus rapidement une perversion totale des facultés intellectuelles et morales.

Depuis le mémoire de Levinstein, l'étude du morphinisme et de la morphinomanie est devenue classique. Signalons parmi les travaux ayant contribué à élucider certains détails cliniques ou thérapeutiques du morphinisme, ceux de Obersteiner[3], d'Erlenmeyer[4], de Burkart[5], de Sollier[6], de Joffroy[7], d'Antheaume et Raoul Leroy[8], etc.

Étiologie. — De même qu'il existe des foules d'individus qui retirent de l'absorption de l'alcool une sensation très vivement agréable, de même beaucoup de gens se procurent à l'aide d'une injection hypodermique de morphine un sentiment de force et de bien-être physiques. Et ces personnes ont fait depuis longtemps connaissance avec la morphine : l'un pour calmer une douleur intolérable, l'autre pour combattre une insomnie.

Presque toujours, et c'est aussi l'opinion d'Erlenmeyer, les sujets qui retirent de l'injection morphinique un effet stimulant, agréable, présentent une constitution névropathique plus ou moins accusée. C'est là la condition étiologique prédisposante du morphinisme et de la morphinomanie.

Les causes occasionnelles sont les douleurs et les insomnies qui invitent le sujet prédisposé à essayer de la morphine.

Enfin, la facilité avec laquelle on se procure la morphine avec ou sans l'ordonnance d'un médecin, précipite le sujet dans la voie de l'intoxication progressive. Si, au début, le malade y met encore des formes, n'achetant la solution qu'avec une ordonnance médicale récente, ne se faisant l'injection que par la main de son médecin, au bout d'un certain temps, poussé par

[1] Friedler. *Zeitschr. f. pract. méd.*, 1874. H. 27, 28.

[2] Levinstein. *Die morphiumsucht und ihre Behandlung*. 1883, 3e Auflage.

[3] Obersteiner. *Der chron. Morphinismus. Wiener Klinik.*, 1883, III.

[4] Erlenmeyer. *Die Morphiumsucht und ihre Behandlung*, 3e Aufl., 1887.

[5] Burkart. *Die chron. Morphiumvergiftung*. Bonn, 1888.

[6] Sollier. La démorphination. *Presse Méd.*, 1898, I, 201.

[7] Joffroy. De la morphinomanie et de son traitement. *Gazette hebdomadaire de méd. et de chir.*, novembre et décembre 1899.

[8] Antheaume et Leroy. Un cas de dipsomanie morphinique, *Revue de Psychiatrie*. 1899, p. 339.

le besoin croissant du poison, il apprend vite à se piquer lui-même et à se procurer les solutions avec des ordonnances anciennes sur lesquelles la main complaisante d'un ami, ou la sienne propre, trace les mots : « à renouveler ». D'ailleurs, ces ordonnances deviennent de plus en plus d'inutiles formalités. Dans beaucoup de drogueries de Paris, dans bien des pharmacies, on se procure la morphine et tous les produits analogues sans la moindre ordonnance du médecin, sans avoir même à répondre à aucune question indiscrète.

La consommation de la morphine va tous les ans en augmentant. Les statistiques tirées des comptes de la Pharmacie centrale de France donnent à ce sujet d'utiles indications jusqu'à présent inédites. De 1890 à 1896, la consommation de la morphine était de 750 kilogrammes par an. Depuis quatre ans, cette consommation s'est progressivement accrue pour atteindre en 1899 le chiffre de 850 kilogrammes. Ces chiffres ne donnent qu'une idée approximative de la consommation croissante, attendu que toute la morphine employée en France ne provient pas uniquement de la Pharmacie centrale. Ce qui est curieux, c'est qu'en France même on ne fabrique guère la morphine ; elle est importée principalement d'Angleterre et d'Allemagne. La marque anglaise Schmidt est plus recherchée que la marque allemande Boringer qui est meilleur marché et considérée comme de la camelote. La diversité d'origine et de qualité explique les grandes variations du prix du gramme, qui coûte en France entre cinquante centimes et deux francs. C'est cher, surtout si l'on pense que les consommateurs de la morphine se l'administrent sous la forme d'injections hypodermiques, et que souvent pour éviter la douleur, ils s'insensibilisent préalablement à l'aide de la cocaïne, alcaloïde dont le gramme vaut de 1 à 4 francs.

On comprend donc que la consommation de la morphine reste, pour le moment, le privilège des gens riches, d'autant plus que les morphiniques sont amenés à augmenter progressivement la dose du poison. Nous en connaissons qui dépensent journellement en morphine jusqu'à huit et dix francs.

Symptomatologie. — Deux ordres de symptômes caractérisent l'histoire du morphinisme et de la morphinomanie : les uns résultent directement de l'intoxication chronique par la morphine, les autres surviennent sous l'influence de la suppression de cet alcaloïde après que l'organisme y a été déjà accoutumé. Nous étudierons successivement les symptômes d'intoxication et les symptômes d'abstinence.

Symptômes d'intoxication chronique. — Ils apparaissent généralement chez des sujets fortement prédisposés, après deux ou trois mois d'usage d'injections hypodermiques ; leur apparition peut être plus tardive, car, à côté de la disposition individuelle plus ou moins accusée vers le morphinisme, il y a la question de la dose injectée et de la fréquence des piqûres.

Tôt ou tard on commence à distinguer des modifications d'ordre psychique et physique.

Les *signes psychiques* se résument en un changement du caractère. L'homme voit son énergie habituelle faiblir ; il ne retrouve plus son aptitude au travail ; sa volonté est diminuée ; dans ses pensées, dans ses actes il existe, un laisser-aller, une insouciance d'autant plus remarquable qu'antérieurement à l'intoxication morphinique le caractère présentait des propriétés radicalement inverses. Tout se trouve changé en lui jusqu'au sens moral qui perd en délicatesse et qui finit même par disparaître, puisque les individus très méticuleux sur les questions d'honneur avant l'intoxication, deviennent, sous son influence, des menteurs et même des voleurs.

Avec les progrès de l'intoxication, les facultés intellectuelles baissent ; une torpeur plus ou moins accusée se manifeste ; en même temps, la mémoire s'affaiblit, le sujet éprouvant une difficulté de plus en plus grande à reproduire d'une manière suffisamment fidèle les images mentales.

L'état cœnesthétique est triste. Une émotivité pénible que le malade est incapable de dominer le rend inquiet, impressionnable. Il a des accès de découragement avec excitation anxieuse et idées de suicide.

Physiquement, l'intoxication chronique par la morphine détermine des troubles divers de la sensibilité, de la motilité, de la vaso-motricité.

Les troubles *sensitifs* consistent tantôt en anesthésies, tantôt en hyperesthésies ou paresthésies, cutanées ou profondes. La perte d'appétit, la frigidité génitale sont très fréquentes.

Du côté de la *motilité* on constate une faiblesse musculaire générale, superficielle et profonde. Dans la musculature externe : diminution du tonus musculaire, tremblement, incoordination motrice pouvant simuler l'ataxie ; dans la musculature profonde : asthénie cardiaque, faiblesse des sphincters, parésie de l'accommodation.

A côté de ces troubles, on signale parfois des attaques épileptiformes (Korsakoff), des accès de pseudo-angine de poitrine, des spasmes vésicaux, des spasmes vasculaires.

L'action *vaso-constrictive* de la morphine explique la diminution des sécrétions si fréquente chez les sujets intoxiqués par cet alcaloïde : diminution de la sécrétion *salivaire*, d'où sécheresse de la bouche et de la gorge ; suppression de la sécrétion *sébacée*, d'où sécheresse de la peau qui devient plus irritable, apte à contracter diverses affections cutanées parmi lesquelles surtout la furonculose ; diminution des sécrétions *gastrique* et *pancréatique*, d'où difficultés pour la digestion et l'assimilation des aliments, la constipation ; suppression des *flux menstruels* malgré la continuation de l'ovulation, ce qui indique la possibilité de la grossesse ; diminution de la sécrétion *urinaire*, d'où parfois congestions rénales avec albuminurie (cas de Levinstein, de Huchard), suppression de la sécrétion *spermatique*. Seule, la sécrétion *sudorifique* est augmentée, ainsi que Trousseau l'a le premier, signalé.

Les phénomènes vaso-constricteurs nous expliquent la pâleur du visage du morphinisé, le froid de ses extrémités, son état frileux constant.

On peut observer aussi chez les morphiniques de la fièvre, et Pichon, Levinstein ont décrit des cas dans lesquels il se produit à la suite de l'injection

une hyperthermie pouvant atteindre jusqu'à 39°. S'agit-il d'une fièvre vraiment morphinique, ou faut-il voir, dans cette élévation de la température, l'effet d'une infection locale à la suite d'une piqûre faite sans précautions antiseptiques ? Les recherches de Joffroy et Serveaux sur les animaux démontrent que la morphine abaisse la température. Cette hypothermie a été constante dans toutes leurs expériences quelle que soit la dose injectée et quel que soit le mode d'introduction de l'alcaloïde dans l'organisme des animaux en expérience. Aussi, ces auteurs attribuent-ils la cause des accidents fébriles observés parfois chez les individus intoxiqués, soit à une infection secondaire d'origine extérieure, soit à une auto-intoxication gastro-intestinale[1].

Ces divers symptômes conduisent le morphinique, dans un délai de quelques années, à un état cachectique très grave. En paraphrasant la célèbre sentence relative à l'alcoolisme, on peut dire que « le morphinisme c'est la vieillesse anticipée », tellement le marasme progressif du morphinique rappelle la sénilité précoce.

La mort est la conséquence fatale de cette cachexie, si toutefois un traitement rationnel n'intervient pas à temps ; elle est due le plus souvent à la dégénérescence graisseuse du muscle cardiaque.

Les fumeurs d'opium. — La pipe à opium consiste en un tuyau long de 40 à 50 centimètres environ, du diamètre d'un flageolet ordinaire, en bois ou en métal, quelquefois en jute, selon la condition des fumeurs. La tête de la pipe est vissée à la partie inférieure de ce tuyau ; elle est ordinairement en terre et porte à sa partie supérieure, un godet percé d'un petit trou, sur lequel on dépose 10 à 15 centigrammes d'extrait d'opium et qui livre passage à la fumée après qu'on y a mis le feu. On aspire la fumée lentement et on l'avale en la conservant le plus longtemps possible. La durée d'une pipe en moyenne est d'une minute ; vingt à trente aspirations suffisent pour la terminer. Les grands fumeurs d'opium vont jusqu'au chiffre énorme de deux cents pipes par jour.

Le fumeur d'opium a, en général, la figure d'une pâleur mate et maladive ; ses yeux sont caves, entourés d'un cercle bleuâtre, les pupilles sont dilatées, le regard a l'expression d'hébétude souriante, vague et gaie en même temps ; la parole est embarrassée, souvent tremblotante ; les membres sont faibles ; la marche est lente et les mouvements incertains, comme ceux d'un homme ivre.

A la longue, il se produit chez le fumeur d'opium une véritable désorganisation physique, morale et intellectuelle comparable à celle que nous venons de décrire chez le morphinisé chronique.

Sous l'influence d'un excès d'opium il peut éclater alors un véritable *delirium tremens* opiacé : un délire souvent des plus violents qui a mis à Java l'autorité hollandaise dans l'obligation de placer, à la porte de toutes les bou-

[1] Joffroy. De la morphinomanie et de son traitement. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie,* novembre et décembre, 1899.

tiques à opium, des agents de police, chargés d'arrêter tout fumeur qui tenterait de se livrer à quelque acte de violence en sortant de ces repaires de débauche. On peut observer autour de ce délire des convulsions, le coma ; la mort survient parfois au bout de quelques heures. Dans plusieurs autopsies on a trouvé de la congestion cérébrale et pulmonaire[1].

Symptômes d'abstinence. — L'intensité des symptômes d'abstinence varie naturellement selon que la suppression de la morphine est progressive, graduelle ou, au contraire, brusque et complète.

En cas de suppression brusque et complète, on voit apparaître au bout de quelques heures, un sentiment de grande fatigue et de faiblesse. Le sujet est dans l'impossibilité de se tenir sur ses jambes. D'abondantes sueurs le baignent pendant que tout son corps est secoué par un tremblement général. Parfois, se montrent des troubles gastro-intestinaux graves : douleurs gastralgiques et abdominales très violentes, vomissements, diarrhées très abondantes rappelant la dysenterie ou le choléra. Le malade se lamente, s'agite, quelquefois délire : accuse des hallucinations visuelles, surtout si l'abstinence porte non seulement sur la morphine, mais aussi sur la cocaïne. Les troubles intellectuels peuvent quelquefois prendre l'intensité d'un grand accès de manie avec hallucinations, impulsions à l'homicide ou au suicide (Levinstein, Pichon).

Dans certains cas, l'affaiblissement résultant de la suppression brusque de la morphine envahit le cœur et les organes respiratoires; des syncopes peuvent se produire et le malade peut tomber dans le collapsus plus ou moins prolongé. Des complications convulsives survenant consécutivement à la suppression brusque de la morphine ont été signalées par Garnier, Voisin.

Une injection de morphine fait disparaître toutes ces manifestations graves, à la condition d'être pratiquée à temps.

Dans la cessation graduelle de la morphine, l'*état de besoin* est beaucoup moins violent. Le sujet manifeste sa faim de l'alcaloïde par des bâillements, par une certaine inquiétude générale, du malaise, de l'inappétence avec nausées et même parfois avec vomissements et diarrhée ; il se plaint de froid intérieur ; il a des névralgies ; la vue et l'ouïe sont quelquefois hyperesthésiées, d'où résultent chez quelques sujets des phosphènes et des bourdonnements. L'inquiétude générale peut créer un état de dépression, mais qui n'atteint jamais la gravité des accidents qu'on observe dans la suppression brusque.

Traitement. — Le traitement du morphinisme et de la morphinomanie doit avoir pour but la désintoxication méthodique du sujet malade, en tenant le plus grand compte de toutes les conditions individuelles de ce dernier : des causes de l'habitude contractée, de la dose quotidienne de morphine

[1] J. Rambosson. Les fumeurs d'opium. *Revue de thérap.*, 1886, p. 389.

introduite dans l'économie, de l'état des organes : cœur, appareil circulatoire, appareil urinaire, tube gastro-intestinal, système nerveux.

L'examen détaillé des diverses conditions peut donner des indications précieuses sur l'opportunité de la démorphinisation et les précautions que cette dernière exige. Par exemple, la démorphinisation d'un cancéreux serait contre-indiquée, car il est inutile et inhumain de priver un malheureux qui souffre d'une affection incurable et douloureuse d'un remède qui lui procure le seul soulagement possible. Dans un autre cas, il peut s'agir d'une affection curable d'un organe quelconque, ayant été méconnue ou mal traitée ; de là, l'indication, avant même de commencer la désintoxication, d'appliquer un traitement rationnel de l'organe malade. Dans le même ordre d'idées, il sera indispensable de bien délimiter les désordres provoqués dans l'organisme par le morphinisme et de ne pas confondre avec ce dernier les accidents provoqués par d'autres intoxications qui existaient simultanément chez le sujet : l'alcoolisme, le cocaïnisme, l'éthéromanie. Les intoxications surajoutées sont en pareil cas infiniment moins intenses que le morphinisme et leur suppression brusque ne peut offrir que des avantages, en ce sens qu'elle fait disparaître un certain nombre de symptômes qui encombraient le tableau clinique. Cette suppression est généralement admise par les malades sans grande difficulté.

En ce qui concerne la démorphinisation elle-même, il faut donc, comme nous venons de le voir, faire subir au malade un véritable traitement *préparatoire* auquel il faut ajouter quelques autres moyens. Il faut rendre le rein aussi perméable que possible, augmenter la diurèse par l'usage du lait, des tisanes diurétiques, des petites doses de spartéine, des frictions cutanées, de l'hydrothérapie ; il faut mettre le malade dans de bonnes conditions d'hygiène générale : alimentation visant l'augmentation du poids, repos physique et intellectuel, vie au grand air ; tous ces moyens préparent utilement l'organisme du patient à la démorphinisation, en augmentant ses forces et, par conséquent, sa résistance.

Est-il nécessaire d'interner le morphinomane ? Si le traitement préparatoire à la démorphinisation est bien fait, si on se propose de pratiquer la démorphinisation progressive et non brusque, la séquestration dans un asile ou dans une maison de santé ne paraît pas indispensable dès le début. Il est évident d'autre part, que si le malade, même dans ces conditions rationnelles et douces de la démorphinisation, s'intoxique en cachette et arrive à tromper ainsi tout son entourage, on sera amené par la force des choses à organiser autour de lui une surveillance toute spéciale, et dans ce cas, l'asile, la maison de santé offrent l'avantage de pouvoir le mettre à l'abri de toute tentation.

Interné ou non, le malade sera couché au lit et mis dans les conditions de repos intellectuel complet.

Les méthodes employées pour sevrer le malade de la morphine sont essentiellement individuelles. Un fait est commun à toutes ; c'est la suppression rapide d'une partie de la morphine, de la moitié le plus souvent, car il est

démontré que les morphinomanes s'injectent le poison en quantité beaucoup plus considérable que ne l'exige réellement leur état de besoin.

Toutes les méthodes s'inspirant de ce fait d'observation ramènent rapidement le malade à la *dose minima indispensable*.

Ceci fait, les uns suppriment la morphine d'une façon *progressive* et *lente*, les autres d'une façon *progressive* et *rapide*, les troisièmes d'une façon *brusque*.

Il s'agit de choisir parmi ces méthodes celle qui convient à chaque morphinomane en particulier.

Il y en a qui ont été guéris par la suppression progressive et lente, et cela entre les mains de cliniciens tels que Charcot. Cette méthode est surtout indiquée chez les morphinomanes très affaiblis, épuisés, d'une résistance minime, plus ou moins cachectiques, chez lesquels une suppression trop brusque ne manquerait pas de provoquer des accidents graves (syncope, collapsus), et pourrait même entraîner la mort.

Chez des sujets dont l'organisme est résistant, cette méthode est évidemment moins bonne, car elle met la patience du malade à une épreuve trop longue : pouvant se faire pendant longtemps de petites injections de morphine, il finit par se procurer de plus fortes doses de cette dernière, et tout est alors à recommencer. Chez des sujets vigoureux, résistants, mieux vaut alors recourir à la *méthode progressive et rapide*, préconisée par Erlenmeyer. Voici comment ce dernier l'applique :

Après avoir fait le traitement préparatoire de la démorphinisation comme nous l'avons exposé plus haut, il supprime d'emblée la moitié de la dose journalière de morphine, en réduisant cette dernière au minimum indispensable. Cette réduction de la moitié et quelquefois même des deux tiers, se fait sur les doses qui ne précèdent pas les repas ou qui ne précèdent pas la nuit, l'expérience ayant démontré qu'en agissant autrement, le malade perd l'appétit et le sommeil. Pendant plusieurs jours, on maintient le malade à cette même dose. On surveille les accidents d'abstinence, on les atténue par des moyens appropriés; puis, si rien de menaçant ne s'annonce, on réduit la dose de morphine encore de moitié. On diminue ainsi progressivement et toujours par moitié jusqu'à la suppression totale. Dans ces conditions, et toujours si aucun accident grave ne vient troubler les progrès de la cure, la démorphinisation peut s'achever entre sept et dix jours. Le malade a des symptômes d'abstinence plus accusés que dans la méthode lente, mais ils ne durent pas et ne mettent pas son énergie et sa bonne volonté à une épreuve trop longue. Rapidement, au bout d'une semaine environ, le sujet est démorphinisé ; on a devant soi du temps pour consolider la cure en continuant à surveiller strictement la situation. L'état de démorphinisation est comparable à une véritable maladie générale dont le tableau clinique se compose de tous les symptômes d'abstinence. Cette maladie achevée, il y a la convalescence, et c'est elle qu'il faut soigner tout particulièrement, si l'on veut éviter la rechute. Cette convalescence est quelquefois très longue ; elle est en rapport direct avec le temps qu'il faut au sujet pour perdre complète-

ment son appétence pour la morphine. C'est ce qui explique d'ailleurs pourquoi certains sujets parfaitement démorphinisés, mais abandonnés trop tôt à eux-mêmes, retombent dans leur passion à la première occasion : douleur quelconque ou découragement momentané. Il y a donc là une indication formelle : prolonger le traitement de la convalescence aussi longtemps qu'il faut pour acquérir la conviction que le malade a perdu pour toujours le goût, le désir de la morphine.

Reste la méthode de la suppression *brusque* préconisée par Levinstein dont l'emploi est dangereux. Elle consiste à mettre le malade à la dose minima, et ensuite, à supprimer brusquement toute injection de morphine. Naturellement, quelques heures après, apparaissent les phénomènes d'abstinence qui sont d'autant plus redoutables que le sujet est un morphinisé de date plus ancienne. Dans les cas heureux, le malade est démorphinisé en cinq ou six jours ; l'avantage est peu considérable puisque par la méthode progressivement rapide on arrive au même résultat en sept ou huit jours. Mais les risques qu'on court avec la méthode de la suppression brusque sont tellement graves qu'on ne saurait faire trop de réserves à son sujet : il suffit que les fonctions cardio-vasculaires soient tant soit peu imparfaites pour qu'on voie éclater chez le malheureux morphinisé des accidents de collapsus ; des morts nombreuses sont survenus dans les mêmes conditions; des troubles mentaux des plus graves se sont déclarés chez d'autres qui ne semblaient pas y être prédisposés. Le bilan de cette méthode est tellement détestable que mieux vaut encore en rejeter complètement l'application en la remplaçant par la méthode progressive (lente ou rapide selon les cas), qui permet, d'obtenir d'excellents résultats sans jamais risquer la mort d'un homme : *Primo non nocere*.

Parmi les moyens adjuvants qui permettent d'atténuer dans une mesure plus ou moins considérable les accidents d'abstinence, il faut signaler tout particulièrement l'emploi, au cours de la démorphinisation, du bicarbonate de soude. Il est démontré, en effet, que pendant le sevrage morphinique, les glandes stomacales secrètent abondamment un suc gastrique fortement acide sur le compte duquel il faut mettre les troubles gastro-intestinaux (vomissements et diarrhée) qui épuisent tant les morphinomanes en traitement. L'introduction dans les voies digestives du bicarbonate de soude, comme Jennings l'a préconisé le premier, en 1887, a pour résultat immédiat la neutralisation du suc gastrique ; consécutivement, les troubles gastro-intestinaux graves disparaissent et l'abstinence morphinique est bien mieux supportée.

On peut remplacer le bicarbonate de soude par toutes les eaux alcalines qui en contiennent en quantité suffisante.

L'alimentation du malade pendant le sevrage et au cours de la convalescence est de première importance : la nourriture doit être riche en substances azotées et en boissons vraiment hygiéniques comme l'eau, le café, le lait, le cidre léger, le vin coupé largement d'eau.

Chez certains sujets, l'abstinence crée une insomnie tenace contre laquelle échouent tous les moyens non médicamenteux. On sera alors forcé de recourir

accidentellement à l'usage des calmants comme les bromures, le sulfonal, le trional.

Parmi les moyens qui sont d'une utilité vraiment très grande au cours de la convalescence, doit figurer l'hydrothérapie froide, ou chaude selon les cas, sous la forme de douches, en jet brisé, et, parfois, des bains.

Mais, même au cours d'un traitement bien conduit, des *complications* inattendues peuvent survenir. Parmi elles, il faut signaler surtout les convulsions et le collapsus. Les convulsions sont attribuées par les uns à l'hystérie, par les autres à l'intoxication morphinique. Dans quelques cas, ces convulsions peuvent se terminer par la mort subite. Le collapsus est le plus souvent dû à la suppression trop rapide de la morphine et dans ce cas, une injection immédiate de ce médicament est tout à fait nécessaire. Là encore, la mort subite est à craindre.

Enfin, le médecin joue un rôle important dans la *prophylaxie* du morphinisme; c'est à lui de ne prescrire la morphine que dans les cas d'absolue nécessité; c'est à lui d'empêcher le malade de se servir lui-même de la seringue et de la solution.

Bibliographie. — Fiedler. *Deutsche Zeitsch. f. prakt. Medicin,* 1874, 27-28. — Levinstein. *Die Morphiumsucht,* 3 Auflage 1883. — Erlenmeyer. *Die Morphiumsucht und hire Behandlung,* 3 Auflage, 1887. — Dizard. *Etude sur le morphinisme et son traitement.* — Mattison (J.-B.). Morphinism in the young. *Atlantic M. Wiekley,* Providence, 1896, V, 165-167. — White (H.). Morphomania. *Guy's Hosp. Gaz., Lond.,* 1898, XII, 110-114. — Déléage (F.). Sur le traitement de la morphinomanie. *Rev. Intern. de thérap. et pharmacol.,* 1898, VI, 59; 92. — Pork. The use of opium in China. *Brit. M. J. Lond.,* 1900, II, 959-960. — Kellog (J.-H.). Clinical notes of cases of opium inebriety. *Quart. J. Inebr.* Hartford, 1898, XX, 183-191. — Sollier (P.). La démorphinisation; mécanisme physiologique; conséquences au point de vue thérapeutique. *Presse méd.,* 1898, I, 201. — Pouchet (G.). Morphinomanie et morphinisme. *Progr. méd.,* 1898, 3 s., VII, 273-276. — Winthrop (W.-W.). Further particulars concerning the plant husa as a cure for the opium habit. *N. York. M. J.,* 1898, LXVII, p. 906. — Lett (S.). Some points in the diagnosis of morphia addiction. *Canada Lancet, Toronto,* 1897-1898, XXX, 599-601. — Féré (C.). Le bromisme contre la morphinomanie. *Rev. gén. de clin. et de thérap.,* 1898, XII, 673-677. — Hirt. Ueber chronischen Morphinismus und dessen Behandlung ausserhalbeiner Anstalt. *Therap. Monatschr. Berlin,* 1898, XXXIX, 1701; 1741. — Delorme. Contribution à l'étude clinique de la morphinomanie. *Th. de Paris,* 1898. — Paulson (D.). The morphine habit. and its cure. *Mod. Med. et Bacteriol. Rev.* Mich., 1898, VII, 254, 259. — Debove. La morphinomanie. *Presse Méd.,* 1899, I, 49-51.

D. — Cocaïnisme et cocaïnomanie.

Le *cocaïnisme* résulte de l'intoxication par l'alcaloïde extrait des feuilles de l'*Erythroxylum coca,* arbrisseau cultivé principalement au Pérou et en Bolivie. C'est Niemann (de Vienne) qui a extrait le premier cet alcaloïde, en 1892.

Les travaux de Fauvel, de Coupard, de Koller démontrèrent l'action anes-

thésiante de l'infusion des feuilles de coca mise en contact par le badigeonnage avec la muqueuse du larynx, la conjonctive, la peau.

Aujourd'hui, les sels de cocaïne et principalement le chlorhydrate sont employés sous forme de solution aqueuse, en badigeonnages ou en injections hypo et intradermiques ou même intrarachidiennes, dans le but de déterminer une anesthésie locale ; on les administre aussi à l'intérieur sous forme de pilules ou de sirops.

Étiologie. — L'intoxication par la cocaïne est le résultat de son usage imprudent. Des accidents plus ou moins graves, les uns aigus, les autres chroniques, ont été décrits par Falk, Mattison, Delbosc. Il arrive pour la cocaïne ce qu'on constate journellement pour la morphine : le médecin prescrit accidentellement l'usage de la cocaïne sous une forme quelconque; le malade en renouvelle de lui-même l'emploi et finit par ne plus pouvoir s'en passer. Le cocaïnisme et la cocaïnomanie se trouvent ainsi constitués. Comme nous l'avons dit à propos du morphinisme, ce sont généralement les sujets intoxiqués par la morphine qui emploient la cocaïne pour insensibiliser la région destinée à être piquée, et aussi, pour renforcer l'action de la morphine, devenue insuffisante. Les mêmes auteurs qui ont étudié le morphinisme ont observé en même temps le cocaïnisme ; tels sont Erlenmeyer, Mattison, Ball, Magnan, Chambard.

Symtomatologie. — L'*intoxication aiguë* par la cocaïne, ou le *cocaïnisme aigu* consiste dans les phénomènes suivants : excitation générale avec besoin de remuer, de s'agiter, de se livrer parfois à des actes plus ou moins violents, de parler sans cesse ; le malade a des fourmillements dans les extrémités et des tintements d'oreille. Quelquefois, à la place de l'excitation cérébrale on observe une dépression générale accompagnée d'un état nauséeux avec pâleur de la face, tachycardie, pouls filiforme, dilatation pupillaire, sueurs abondantes et extrémités glacées. Une syncope peut survenir et, dans quelques cas, à la vérité exceptionnels, la mort peut terminer ces accidents lypothymiques. Dans une troisième série de faits cliniques relatifs au cocaïnisme aigu, il s'agit de convulsions épileptiformes survenant à titre isolé ou après les phénomènes lypothymiques. Ici encore, on a signalé des cas de mort consécutifs à ces attaques convulsives devenues subintrantes.

La durée de ces divers accidents est très variable : ils sont tantôt passagers et disparaissent après quelques minutes, un quart d'heure, une heure ; tantôt, ils sont le point de départ d'une véritable affection qui dure des semaines et des mois. Dans un cas décrit par Hallopeau, les troubles consécutifs à l'empoisonnement aigu par la cocaïne se sont produits pendant quatre mois et ont consisté en vertiges, maux de tête, fourmillements, engourdissements, marche titubante, tachycardie.

Dans le *cocaïnisme chronique*, l'alcaloïde détermine au début une action stimulante sur le système nerveux : le sujet éprouve un véritable besoin d'activité musculaire et intellectuelle. Mais à la longue, cet état d'agréable excita-

tion cède la place à une agitation permanente accompagnée d'un grand nombre de troubles sensitifs et psychiques. Le malade éprouve continuellement des fourmillements, des démangeaisons, des picotements, et cela surtout au niveau des extrémités. Parfois, il lui semble qu'il a sous la peau des insectes qui essaient de se frayer un passage et dont il veut faciliter la sortie en se piquant avec des épingles. Très souvent, il éprouve des crampes et des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Certaines régions du corps sont frappées d'anesthésie superficielle ou profonde. A ces troubles de la sensibilité générale, viennent s'ajouter ceux de la sensibilité spéciale. Le sens de la vue est souvent atteint le premier ; outre l'affaiblissement de l'acuité visuelle, le malade accuse souvent des illusions et des hallucinations. Les illusions portent sur la forme, la couleur, la nature des objets placés devant lui. Les hallucinations sont parfois zoopsiques, mais le plus souvent il s'agit de fantômes bizarres qui s'agitent devant le patient. L'ouïe est quelquefois compromise aussi par des illusions et des hallucinations : bourdonnements, sifflements, cris inarticulés, paroles.

On a signalé des troubles du sens musculaire : le malade se sent soulevé en l'air, transporté, balancé ou précipité. Des troubles psychiques apparaissent lorsque le cocaïnomane accepte les hallucinations et les interprète dans le sens pathologique : il devient alors un hypochondriaque ou un persécuté d'origine toxi-hallucinatoire. Il faut ajouter à ces signes d'ordre sensitif et intellectuel : la tachycardie avec pouls irrégulier, respiration précipitée, teint blafard, sueurs, anorexie avec diarrhée et amaigrissement. Dans les cas de cocaïnisme invétéré, se déclare une véritable cachexie comparable à la cachexie morphinique. Au cours de cet état de déchéance physique et psychique, il n'est pas rare d'observer des syncopes.

Le cocaïnisme ou la cocaïnomanie sont rarement — nous l'avons dit — à l'état isolé. Presque toujours ils se trouvent surajoutés à la morphinomanie.

Le *traitement* a pour indication formelle de supprimer complètement et définitivement la cocaïne. Point important en pratique : tandis que la suppression brusque de la morphine est pleine de dangers, celle de la cocaïne n'offre pas *généralement* de grands inconvénients : les malades supportent cette suppression brusque et totale de la cocaïne sans risquer de tomber dans le collapsus. Cette règle n'est cependant pas absolue : il y a des cas où les phénomènes d'abstinence de cocaïne sont assez menaçants pour forcer à recourir à la méthode de la suppression progressive plus ou moins rapide.

Les règles générales de traitement et les moyens adjuvants que nous avons indiqués à propos du morphinisme, s'appliquent également au cocaïnisme ; nous engageons donc le lecteur à se rapporter à cette partie du chapitre précédent.

Bibliographie. — Erlenmeyer. *A. a. O. S.* 154 *ff.* — Thomsen. *Charité-Annalen*, XII, 1887, s. 405. — Heymann. *Berlin. Klin. Wochenschr.*, XXIV, 1887, s. 278. — Obersteiner. *Wiener Klin. Wochenschr.*., 1888, 19. — Saury. *Ann. méd. psych.*, 1889,

p. 439. — Boody (G.). A case of pure cocainism. *Nat. Hosp. et San. Rec.*, Detroit, 1897-1898, I, n° 8, 4-6. — Crothers (F.-D.). Cocain-inebriety. *Phil. M. J.*, 1898, I, 1002-1004. — Waugh (W.-F.). Cocaïne addiction. *Quart. J. Inebr.*, Hartford, 1898, XX, 192-197. — Billings (J.-H.). A unique case of cocaine habit. *Méd. Rec. N Y.*, 1898, LIV, 173. — Scheppegrell (W.). The abuse and danger of cocaïne. *Quart. J. Inebr.*, Hartford, 1898, XX, p. 355-368.

E. — Saturnisme.

Historique. — Les phénomènes cérébraux et cérébro-spinaux du saturnisme ont été observés par les anciens, sans être rapportés d'une façon explicite à leur véritable cause. C'est ainsi que Boërhave signale vers 1761 le tremblement consécutif aux coliques de plomb[1] et vers la même époque, Dehaëne indique le délire apparaissant dans les mêmes conditions[2]. Au commencement du xixe siècle, des faits analogues sont signalés par Huxam, Stoll, Laënnec, Borden[3]. Mais c'est Tanquerel des Planches qui a saisi le premier le rapport pathogénique existant entre ces troubles nerveux et l'intoxication saturnine[4], et c'est lui qui a proposé de réunir tous les accidents cérébraux et cérébro-spinaux de l'empoisonnement par le plomb, sous le nom d'*encéphalopathie saturnine*. De nombreuses publications paraissent ensuite sur cette question ; ce sont celles de Nivet[5], Grisolle[6], Bouillaud[7], Jaccoud[8]. Signalons aussi les thèses de Danjoy (1864), Lefrançois (1866), Ripault-Lafont (1869), Véron (1878), Charlier (1882), Mme Déjerine-Klumpke (1889), Goidin (1899), la thèse d'agrégation de Renaut (1875), les intéressantes communications de Desplats (de Lille)[9].

Symptomatologie. — C'est surtout au cours du saturnisme *chronique* qu'on peut observer des troubles mentaux.

Ces troubles mentaux de l'encéphalopathie saturnine constituent dans certains cas le tableau clinique tout entier ; il s'agit alors de la *forme délirante*, la plus fréquente.

1° *Forme délirante.* — Elle est précédée de céphalalgie, d'insomnie et des troubles sensoriels parmi lesquels l'amaurose s'observe particulièrement souvent. Les urines du malade sont rouges, sédimenteuses et contiennent fréquemment de l'albumine. La présence d'albumine dans les urines constitue

[1] Boërhave. *Collection academical de morbis vicerorums.* Leyde, 1761.
[2] Dehaëne. *Ratio Medendi.* Paris, 1771.
[3] Borden. *Œuvres complètes par Richerand.* Paris, 1818.
[4] Tanquerel des Planches. *Traité des maladies du plomb ou saturnisme.* Paris, 1840.
[5] Nivet. Mémoire pour servir à l'histoire du délire, des convulsions et de l'épilepsie. *Gaz. hebd. des hôp.*, 1836-37.
[6] Grisolle. Mémoire sur quelques accidents cérébraux produits par l'affection saturnine. *Gaz. hebd. des hôp.*, 1837, n°s 40, 50, 51, 52.
[7] Bouillaud. *Leçons cliniques.* Paris, 1853.
[8] Jaccoud. *Cliniques de la Charité*, 1867.
[9] Desplats. *Journal des Sciences médicales de Lille*, 1897.

un phénomène d'une très grande importance, car il permet de se demander si l'encéphalopathie saturnine n'est pas autre chose que de l'urémie saturnine.

Après ces prodrômes fort significatifs éclate un délire portant principalement sur des idées d'ordre mélancolique très mobiles d'ailleurs et accompagnées d'hallucinations diverses, plus souvent visuelles. La durée totale du délire ne dépasse généralement pas quelques jours et le plus souvent l'accès se dissipe après plusieurs heures de sommeil. Il est vrai qu'au réveil le malade peut avoir une attaque convulsive ou bien tomber dans un état comateux.

La forme convulsive et la forme comateuse de l'encéphalopathie saturnine sont deux autres modalités du saturnisme cérébral qu'il ne faut pas perdre de vue d'autant plus qu'il existe des *formes mixtes*, les plus fréquentes en clinique, où les symptômes mentaux, convulsifs et comateux, sont intimement mêlés.

2° *Forme convulsive.* — La *forme convulsive* peut se manifester sous l'aspect d'une attaque d'épilepsie en tout semblable au mal comitial ordinaire. D'après les observations de Tanquerel des Planches et de Grisolle, l'épilepsie saturnine présenterait cette particularité que les grandes attaques ne sont généralement pas précédées d'aura précurseur. Outre les attaques convulsives généralisées, on peut observer des vertiges, des absences ou des secousses convulsives localisées à un membre. Ces manifestations épileptiformes évoluent le plus souvent comme une attaque d'épilepsie dite essentielle : à la fin, le stertor profond se produit, d'où le malade sort avec une amnésie complète de tout ce qui s'est passé. Parfois, une attaque apoplectiforme suit la crise convulsive. Dans plusieurs cas, des accidents convulsifs se sont terminés par la mort.

3° *Forme comateuse.* — La *forme comateuse* est toujours secondaire à la forme délirante ou convulsive ; elle se caractérise par une somnolence profonde avec insensibilité complète à tous les excitants.

Diagnostic. — Le *diagnostic* de ces diverses formes de l'encéphalopathie saturnine se base d'une part sur les signes prodromiques que nous avons indiqués plus haut, et surtout sur la constatation des accidents antérieurs de nature saturnine non douteuse, comme les coliques, les paralysies, les arthralgies, le liséré saturnin.

De nombreux auteurs parmi lesquels nous citerons Delasiauve, Marcé, Falret, Bucquoy ont signalé plusieurs cas de paralysie générale chez les saturnins.

On a décrit aussi une pseudo-paralysie générale saturnine[1] dont le début serait brusque, l'évolution intense et qui se terminerait le plus souvent par la guérison sous l'influence d'un traitement approprié.

Anatomie pathologique. — *Sang.* — Les modifications constatées dans la

[1] Vallon. *Pseudo-paralysies générales, saturnine et alcoolique.* Paris, 1894.

composition du sang sont : augmentation de la fibrine (Pope); hypoglobulie qualitative et quantitative (Malassez)[1] qui s'établit rapidement, est particulièrement tenace et constitue un facteur permanent de l'anémie. Les globules sont détruits et les produits de leur décomposition se retrouvent dans les urines (Bouchard)[2].

Vaisseaux. — Ils sont rétrécis, rigides, athéromateux.

Cœur. — Le ventricule gauche est souvent hypertrophié.

Cerveau. — L'encéphale semble hypertrophié. Les circonvolutions très rapprochées les unes des autres réduisent les sillons à l'état de simples lignes ; elles sont jaunâtres, résistantes, donnant au doigt qui les comprime la sensation de pâte de guimauve.

La pâleur de la substance grise anémiée est telle qu'on la différencie difficilement de la substance blanche. On ne trouve généralement aucune trace d'inflammation ; pas de méningite.

Parfois, on constate la présence d'un peu de sérosité jaunâtre dans les cavités ventriculaires. L'analyse chimique de la substance cérébrale a permis de déceler plusieurs fois la présence du plomb (Empis et Robinet[3], Bouchard[4], Troisier et Lagrange[5]).

Foie. — Cet organe présente une coloration brun foncé ; il est diminué de volume et sa consistance est particulièrement ferme.

Au point de vue histologique, on constate une prolifération des cellules embryonnaires dans les espaces porto-biliaires et autour des lobules. Au centre du lobule, la veine sus-hépatique est intacte ; les artères présentent une légère endartérite. La cellule hépatique est profondément altérée : le protoplasma est brunâtre ; le long des trabécules se trouvent déposés des grains noirs qui masquent le noyau. Dans les conduits biliaires et les cellules hépatiques, on a pu déceler la présence du plomb : en traitant les préparations par le sulfhydrate d'ammoniaque, on voit apparaître le sulfure de plomb sous forme de granulations noires et fines, disposées en îlots (Troisier et Lagrange[6], Hermann Legrand et Winter[7]).

Rein. — Dans un certain nombre de cas d'encéphalopathie saturnine, les reins sont petits, contractés, scléreux ; il n'est pas rare de trouver de petits kystes formés par l'étranglement des tubes collecteurs ; le tissu glandulaire

[1] Malassez. Anémie saturnine. *Société de biologie*, t. V, 1873.

[2] Bouchard. Altérabilité des urines chez les saturnins. *Ibidem.*

[3] Empis et Robinet. *Arch. gen. de physiologie*, 1851.

[4] Bouchard. *Sociéte de biologie*, 1863.

[5] Troisier et Lagrange. Recherches du plomb dans l'encéphalie d'un ouvrier étameur. *Gaz. méd.* Paris, 1874.

[6] Troisier et Lagrange. *Loc. cit.*

[7] Hermann Legrand et Winter. *Société de Biologie*, mars 1889.

est atrophié et remplacé par du tissu conjonctif; l'endartérite est très accusée (Cornil, Brault[1]).

Rate. — Elle est diminuée de volume et offre des altérations scléreuses; on y a constaté également la présence du plomb.

De ces diverses données anatomo-pathologiques, nous retiendrons ce fait qu'on n'a pas trouvé jusqu'à présent dans l'encéphale la lésion pathognomonique, en ce sens que le durcissement du cerveau, l'anémie de la substance grise, la présence du plomb dans le tissu nerveux se retrouvent aussi bien chez les saturnins chroniques ne présentant aucune manifestation cérébrale. Cette constatation a son importance au point de vue pathogénique.

Pathogénie. — Renaut[2] explique l'encéphalopathie saturnine par l'hypoglobulie qualitative et quantitative constatée chez les saturnins par Malassez. Pour lui, l'exercice régulier de l'appareil cérébral est compromis parce que le liquide sanguin est devenu incapable d'entretenir l'excitabilité normale des éléments nerveux. Il se produirait là une véritable anémie cérébrale d'origine saturnine, avec les accidents correspondants : céphalée, vertiges, troubles sensoriels, délire, coma; quant aux phénomènes convulsifs, ils seraient la conséquence de la suspension de l'innervation cérébrale.

A côté de l'anémie cérébrale, la présence du plomb dans la substance cérébrale a été incriminée par Jaccoud qui constate que ce métal a une affinité élective pour l'encéphale[3]. D'autre part, les expériences de Heckel[4], sur l'escargot, ont démontré que le plomb se localisait très rapidement dans le protoplasma des cellules nerveuses. Il y aurait donc action directe du poison sur la cellule, action d'autant plus sensible que la nutrition de cette dernière est déjà sensiblement compromise par l'anémie. Plus tard, à l'époque de l'altération athéromateuse des vaisseaux cérébraux, la substance cérébrale pourra être lésée par des hémorragies ou devenir le foyer d'un ramollissement.

L'auto-intoxication par insuffisance hépatique ou par insuffisance rénale peut également être mise en cause puisque le foie et le rein ont été trouvés presque toujours profondément altérés chez des saturnins atteints d'encéphalopathie.

On voit donc que la pathogénie de troubles mentaux liés au saturnisme est loin d'être élucidée. Comme pour les autres intoxications, la question du terrain doit être prise en considération et on doit admettre que le saturnisme prépare le terrain au développement de la folie chez les individus prédisposés. Cette prédisposition est très souvent acquise, notamment chez des alcooliques chroniques (Renaud, Brissaud)[5]. D'autres observations démontrent que le

[1] Brault. Contribution à l'étude des néphrites. Paris, 1881.

[2] Renaut. *Loc. cit.*

[3] Jaccoud. *Loc. cit.*

[4] Heckel. De quelques phénomènes de localisation minérale et organique et leur importance au point de vue biologique. *Journ. d'anat. et de physiol.*, 1875, p. 553.

[5] Baron. Considérations sur le saturnisme chez les alcooliques. *Th. de Paris.* 1899, n° 445.

saturnin chronique ne délire qu'à l'occasion des excès alcooliques. A cet égard, les expériences de Combemale et François fournissent un renseignement important : ayant intoxiqué des chiens par le plomb, ils ont constaté que les accidents cérébraux et cérébro-spinaux n'apparaissaient que lorsqu'on leur administrait des doses d'alcool suffisantes pour provoquer l'ivresse.

Traitement. — Le traitement de l'encéphalopathie saturnine doit viser avant tout l'élimination du plomb de l'organisme.

Le fameux traitement de la Charité importé en 1802 par les moines italiens consiste dans l'administration des purgatifs énergiques, des diurétiques et des diaphorétiques. Si le principe de ce traitement est bon, il faut reconnaître qu'il n'agit que très lentement et qu'il soustrait surtout non pas le plomb, mais l'eau de l'organisme.

L'administration des iodures introduite dans la thérapeutique du saturnisme, en France par Guillot et Melsens, en Angleterre par Parker et Willamson est très utile parce que le plomb devient alors plus soluble et se retrouve en quantité plus considérable dans les urines.

L'intervention rapide, dans un cas d'encéphalopathie saturnine aiguë, exige des moyens plus énergiques qui sont : la saignée et le lavage du sang. Après avoir soustrait une quantité déterminée de sang, on injecte une dose proportionnelle de sérum artificiel, selon le manuel opératoire indiqué par Tuffier, Desplats, Fourmeaux, Lemaire, Lejars. Dans ces conditions l'élimination rapide du plomb se fait dans les conditions les plus favorables.

Bibliographie. — Benzolini. *Intoxication saturnine,* 1869. — Bergerat et Magençon. Recherches du plomb dans les excrétions. *Lyon-Médical,* 1873. — Capelle. Intoxication saturnine. *Th. de Paris,* 1883. — Charcot. *Bull. Méd.*, 1887. — Charlier. Saturnisme cérébro-spinal; étude pathogénique. *Thèse de Paris,* 1882. — Daujoy. De l'albuminurie dans l'encéphalopathie saturnine et l'amaurose. *Th. de Paris,* 1864. — Dinarie. Un cas d'enceph. saturnine, suicide. *Livre méd.*, Saint-Étienne, 1895. — Raymond. Saturnisme chronique. *Soc. Biol.*, 1876. — Véron. Intoxication profonde, albuminurie et encéphalopathie. *Th. Paris,* 1878. — Mme Déjérine-Klumpke. Contribution à l'étude des polynévrites. *Th. Paris,* 1889.

F. — Intoxication cérébrale d'origine alimentaire. La pellagre.

Définition. — Billod définit la pellagre : « Une affection exclusivement caractérisée par des érythèmes, survenant le plus ordinairement au printemps, sous l'influence de l'insolation, limités aux parties frappées directement par les rayons solaires, s'accompagnant fréquemment de désordres variés du tube digestif et du système nerveux, avec lesquels ils peuvent alterner, et presque toujours liés, comme ces derniers, à un état général de cachexie [1]. »

[1] Billod. D'une variété de pellagre propre aux aliénés. *Arch. de méd.*, 1858 et 1860. *Id. Ann. méd. psych.*, 1860. *Id.* Memoire couronné par l'Académie des sciences, 1865.

Au cours de la *pellagre,* on peut observer des troubles psychiques dont nous donnerons un aperçu rapide et sommaire.

La pellagre se rencontre surtout dans le midi de l'Europe, en Espagne (Gaspar Casal, 1762), en Italie (Frappoli, 1774), en France, dans les Pyrénées, les Landes, la Haute-Garonne, en Bessarabie (Russie), en Grèce, en Roumanie. Baillarger, Cazenave ont indiqué la pellagre comme une complication survenant parfois chez les paralytiques généraux et les aliénés dont le régime alimentaire laisse à désirer.

Pathogénie. — Étiologie. — La *pathogénie* de la pellagre est diversement interprétée. Trois théories sont en présence : la plus ancienne explique cette affection par l'ingestion prolongée et exclusive du maïs de mauvaise qualité, porteur d'un champignon, le verdet, dont deux variétés ont été particulièrement incriminées : le *Penicillum glaucum* et l'*Aspergillus glaucus.* D'après Lombroso, ces champignons par eux-mêmes seraient inoffensifs, mais leur présence dans le maïs entraînerait la formation de produits toxiques comparables aux ptomaïnes. D'autres pathologistes, tels que Landouzy (de Reims) considèrent la pellagre comme une affection due à la cachexie résultant elle-même tout simplement de la misère accompagnée de son cortège habituel : alcoolisme, tuberculose. C'est le *Mal della miseria* des médecins italiens. Enfin, pour Zambaco, cette affection doit être considérée comme une forme fruste de la lèpre du moyen âge, au même titre que la maladie de Morvan, la sclérodermie, le béribéri.

Au point de vue *étiologique,* on distingue la pellagre endémique, celle qui s'observe dans les pays où elle semble être causée par l'ingestion du maïs altéré par le verdet, et la pellagre sporadique.

Symptomatologie. — Les phénomènes débutent généralement en mai ou au commencement de juin. Tout d'abord, apparaît sur toute les régions découvertes : face, cou, dos de la main, un érythème d'un rouge sombre qui s'arrête exactement à la limite des vêtements. Au niveau de l'érythème, le malade accuse une sensation de brûlure ; on y constate parfois des soulèvements bulleux. Quelques jours après, l'épiderme des régions atteintes se desquamme en larges écailles ou en fines lamelles poudreuses, desséchées, qui forment au niveau du cou ou du poignet des collerettes caractéristiques, dites pellagreuses. Les écailles et les lamelles tombent en laissant à nu pendant des semaines une partie du derme qui offre l'aspect de pelure d'oignon. Parallèlement à cet érythème pellagreux, les malades se plaignent de vertiges, de bourdonnement d'oreilles, d'affaiblissement physique général, de crampes, de douleurs, et d'un sentiment de profonde tristesse. Des troubles gastro-intestinaux — inappétence, gastralgie, diarrhée — viennent s'ajouter à ces symptômes principaux. Quelquefois, une stomatite aphteuse ou érythémateuse avec saveur salée permanente, incommode particulièrement les pellagreux. Cette saveur salée, amère, avait même fait donner à la pellagre, en Vénétie, le nom de *Mal Salso.* L'urine est surtout carac-

térisée par une diminution sensible de l'urée (Bouchardat, Martin, Guertin).

Toutes ces manifestations s'atténuent pendant l'automne et l'hiver pour réapparaître avec une nouvelle intensité, sous l'influence des premiers rayons du soleil de printemps. Après plusieurs années d'atteintes successives et de plus en plus graves, la pellagre s'installe à l'état chronique. L'érythème de la face, du dos des mains prend un aspect tout particulier : les téguments semblent couverts d'une couche terreuse, ils sont bruns, squameux, leur derme est aminci et dur ; le tissu adipeux a disparu. Au niveau des mains, les replis interdigitaux deviennent flottants et leur donnent l'apparence d'une patte d'oie.

L'état général est profondément altéré par des diarrhées séreuses presque continues. Les vertiges augmentent, de même que l'affaiblissement des membres inférieurs. Les malades ont l'aspect de grands cachectiques. De plus, ils présentent du tremblement des mains, des lèvres et de la langue. Ils ont quelquefois la marche ébrieuse et un embarras de la parole. Le tableau clinique ressemble alors singulièrement à celui de la démence paralytique.

Sur ce fond de grand affaiblissement physique et psychique, on observe des troubles mentaux variés. La forme la plus fréquente est le délire mélancolique, hallucinatoire ou non, presque toujours accompagné d'idées de suicide. Le suicide par submersion semble avoir la préférence des pellagreux.

Pronostic. — Le pronostic est généralement fatal, quand la pellagre n'est pas arrêtée dans son évolution. Les malades, affaiblis et déments, sont emportés le plus souvent par une complication intestinale ou pulmonaire. La durée moyenne varie entre quelques années et vingt ans.

Diagnostic. — La place importante qu'occupe l'érythème dans la vraie pellagre permet de ne pas confondre avec cette dernière les *pseudo-pellagres* dans lesquelles l'érythème constitue un phénomène passager, accidentel au cours d'une affection cérébrale antérieure, comme la paralysie générale, par exemple.

Le diagnostic de la pellagre est surtout fondé sur les caractères de l'évolution de l'érythème : dans la pellagre ce dernier dure beaucoup plus longtemps que dans l'*érythème solaire* et se trouve bien moins disséminé que dans certaines névrites périphériques.

Quand la pellagre est très avancée dans son évolution, on peut la confondre quelquefois avec la paralysie générale : la découverte des lésions cutanées pathognomoniques et la connaissance de leur évolution permettront d'éviter cette confusion.

Anatomie pathologique. — Les travaux de Tonnini, de Déjerine, de Marie renseignent sur les lésions anatomo-pathologiques de la pellagre. Au niveau de l'érythème, on constate une atrophie plus ou moins considérable des couches épidermiques surchargées de granulations pigmentaires ; le derme est aminci, fibreux, dépourvu presque complètement de papilles. Le réseau

vasculaire sous-cutané a subi la dégénérescence scléreuse et les nerfs sont atteints de névrite parenchymateuse (Déjerine). Tous les organes : estomac, intestins, cœur, foie, rate, sont rétractés, diminués de volume. Les parenchymes de ces organes sont atteints de dégénérescence pigmentaire, plus rarement, granuleuse ou granulo-graisseuse.

Dans les centres nerveux, on a constaté, dans plusieurs cas, l'épaississement des méninges, leur adhérence à la substance cérébrale, enfin, l'induration de cette dernière. La moelle est très souvent atteinte dans sa région cervicale inférieure et dorsale supérieure ; là, les cordons postérieurs et latéraux présentent de la sclérose. Dans les cordons postérieurs, le faisceau de Goll est particulièrement lésé, tandis que les faisceaux altérés les premiers dans le tabes — la zone cornu-radiculaire, la zone de Lissauer, les racines postérieures — ne sont pas atteints dans la pellagre. La sclérose du cordon latéral envahit le faisceau pyramidal et englobe une grande partie du faisceau de Gowers.

Traitement. — Pour traiter avec quelques chances de succès les pellagreux, il faut les soustraire, dès le début de leur affection aux causes qui ont aidé à son développement, particulièrement aux mauvaises conditions d'alimentation. Plus tard, quand les lésions des centres nerveux se sont établies, la thérapeutique est impuissante à arrêter l'évolution progressive et fatale de la maladie.

Bibliographie. — Cazaban. Recherches et observations sur la pellagre endémique dans l'arrondissement de Saint-Sever (Landes). *Thèse de Paris*, 1848. — Billod. D'une endémie de pellagre dans les asiles d'Ille-et-Vilaine et de Maine-et-Loire. In C. R. *Académie des Sciences*, 1855 ; *Id.*, D'une variété de pellagre propre aux aliénés. *Archives de médecine*, 1858; *Id.*, *Ann. méd. psych.*, 1860 ; *Id.*, *Arch. générales de médecine*, 1860; *Id.*, *Mémoire couronné par l'Académie des Sciences*, Paris 1865 ; *Id.*, *Traité de la pellagre*, 1870. — Bouchardat. Sécrétion urinaire de la pellagre. *Supplément à l'Annuaire de Thérapeutique*, 1861, p. 148. — Landouzy. De la pellagre sporadique. Quatorze observations recueillies à Reims et dans la Champagne, 1860. — Harman, *Th. Paris*, 1862. — Th. Roussel. *Traité de la pellagre et des pseudo-pellagres*. Paris, 1866. — Martin. *Th. de Paris*, 1873. — Poussié. Etude sur la pellagre. *Th. Paris*, 1881. — Déjerine. *Académie des sciences*. Séance du 11 juillet 1884. — Orléanu. Contribution à l'étude de la pellagre considérée particulièrement en Roumanie. *Th. Paris*, 1887. — Guertin. De la pellagre symptomatique. *Th. Paris*, 1887. — Cullerre. *Traité pratique des maladies mentales*, 1890. — Chazarrossian. Du béribéri à forme paralytique. *Th. Paris*, 1897. — J. Martin Rapports de l'épidémie de Sainte-Gemmes avec la pseudo-pellagre de Billod et le béribéri. *Th. de Paris*, 1899. — B. (V.-G.). La frenosi pellagrosa e la frenosi paralitica nel nostro manicomio. *Gazz. d. manic. d. prov. di Milano in Mombello*. 1898, XIX, 1.

CHAPITRE IV

TROUBLES MENTAUX DANS LES AUTO-INTOXICATIONS

Par J. ROUBINOVITCH

A. — Troubles mentaux liés au diabète.

Historique. — Peu de travaux traitent cette question. Dans ses *Recherches sur les accidents diabétiques*, Marchal (de Calvi) mentionne divers délires observés au cours du diabète[1]. En 1869, Laillier produit plusieurs cas de glycosurie chez les aliénés[2]. Legrand du Saulle[3], Cotard[4] en 1877, Bernard et Féré[5] en 1882, publient de nouveaux faits de troubles mentaux observés chez les diabétiques.

Étiologie. Pathogénie. — Les rapports de causalité entre la glycosurie et les troubles mentaux sont encore insuffisamment élucidés. Tous deux — diabète et psychose — ont un terrain commun de neuro-arthritisme ; ils constituent des expressions différentes de ce même trouble général de la nutrition, et peuvent, par conséquent, s'associer chez le même individu. C'est ainsi que la fréquence du diabète dans les familles à tares névropathiques est aujourd'hui bien établie. D'autre part, il existe des observations cliniques dans lesquelles on voit, chez le même sujet, les symptômes diabétiques alterner avec des troubles nerveux et mentaux.

Comment le diabète peut-il déterminer des troubles mentaux ? Très vraisemblablement, par une auto-intoxication. Mais la nature de l'agent toxique est encore imparfaitement connue. Plusieurs théories sont en présence. La plus ancienne est celle de Kussmaul, la théorie de l'acétonémie, proposée en 1874. En injectant de l'acétone à des animaux, cet auteur a provoqué chez eux des phénomènes d'ivresse et d'assoupissement. En 1880, Tappeiner a soumis des animaux à l'inhalation des vapeurs d'acétone et a déterminé chez eux des accidents comateux. Mais, bientôt après, des expériences de Frerichs, Albertoni et Pisenti, de Dreschfeld, de Jacksch, ont démontré que l'acé-

[1] Marchal (de Calvi). *Recherches sur les accidents diabétiques et essai d'une théorie générale du diabète*, 1864.
[2] Laillier. *Ann. méd. psych.*, 1869, II, p. 1.
[3] Legrand du Saulle. *Gaz. des Hôp.*, 1877, p. 1178.
[4] Cotard. *Arch. gén. de méd.* 1877, XXIX, p. 257.
[5] Bernard et Féré. *Arch. de Neurol.*, 1882, IV, p. 336.

tone est une substance presque inoffensive qui peut s'observer à l'état normal, indépendamment de tout phénomène diabétique.

Une autre théorie a été avancée par Ruppstein et Gerhard qui ont incriminé l'acide diacétique ou acéto-acétique comme étant l'agent toxique du diabète. Cette thèse a été contredite par Prévost et Binet dont les expériences tendent à démontrer que cet acide n'est pas toxique.

En 1887, la théorie de l'intoxication acide est à nouveau défendue par Hugonenq qui incrimine non pas l'acide diacétique, mais l'acide oxybutyrique qu'il a pu isoler des urines et du sang d'un diabétique comateux. D'après cet auteur, l'acide oxybutyrique donnerait naissance par oxydation à l'acide diacétique ; ce dernier se dédoublerait ensuite en acide carbonique et acétone.

A la théorie de l'intoxication acide est venue s'ajouter celle de l'hypo-alcalinité du sang des diabétiques. Cette dernière théorie est appuyée sur les recherches de Walter, Hallervorden, Minkovski, Roque, Devic et Hugonenq. Pour ces auteurs, il existe chez le diabétique un processus morbide qui a pour conséquence la combustion incomplète de la glycose avec formation d'un résidu acide s'accumulant dans le sang. Ce dernier subit de ce fait une intoxication pour deux raisons : présence d'un acide et diminution de son alcalinité.

Klemperer a cependant remarqué que les injections alcalines intra-veineuses faites aux diabétiques comateux ne font pas disparaître le coma, d'où il conclut à l'insuffisance de la théorie de l'hypoalcalinité du sang des diabétiques. Pour cet auteur, le diabète rentre dans la catégorie des maladies caractérisées par la *décomposition d'albumine.* C'est la théorie de Klemperer.

Symptomatologie. — Ce sont les modifications du caractère qui constituent les premières manifestations des troubles mentaux dans le diabète. Le malade devient triste, silencieux, susceptible. Sa capacité de travail intellectuel diminue. Il a de l'apathie avec aboulie. Une véritable torpeur intellectuelle peut se déclarer et simuler ainsi un affaiblissement démentiel, d'autant plus que la parole est souvent difficile, mal articulée, l'écriture relâchée, incorrecte, la démarche incertaine, la vigueur des sphincters diminuée, avec parfois du gâtisme. Sur ce fond de dépression mentale et d'affaiblissement physique, peuvent apparaître des symptômes délirants de nature mélancolique ou hypochondriaque, parmi lesquels les idées de suicide sont fréquentes. On a même signalé des accès d'excitation, des raptus mélancoliques avec impulsions au suicide.

Ces manifestations psychiques sont souvent accompagnées de narcolepsie à forme paroxystique décrite par Landouzy, G. Ballet, Dufossé, Chauffard. Elles peuvent se terminer par le coma, sur lequel nous croyons devoir insister.

COMA DIABÉTIQUE

Le terme de *coma diabétique* doit être réservé aux accidents comateux qui dépendent exclusivement d'une auto-intoxication d'origine diabétique. Tous les autres accidents comateux (par collapsus cardiaque, urémie brightique, ramollissement ou hémorragie cérébrale) peuvent s'observer chez les diabétiques, mais ils n'ont rien à voir avec le diabète proprement dit attendu qu'ils relèvent avant tout des désordres scléreux.

Nous n'avons pas à faire ici une description complète du coma diabétique qu'on trouvera dans tous les traités de médecine générale.

Rappelons seulement brièvement l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic et le traitement de cette complication que tout aliéniste peut être appelé à observer.

ÉTIOLOGIE. — Le coma diabétique est relativement fréquent et on peut dire que les trois quarts des diabétiques meurent par cette complication. Il survient généralement chez des diabétiques de l'âge moyen, entre vingt-cinq et soixante ans ; on a pu, cependant, l'observer chez de tout jeunes enfants (Dufloc et Dauchez, Buhl et Leroux). Les causes occasionnelles du coma diabétique sont : une émotion, une fatigue, un embarras gastrique ou intestinal, un régime composé d'aliments exclusivement carnés, une médication opiacée trop intense, une opération chirurgicale.

SYMPTOMATOLOGIE. — Le coma diabétique peut apparaître à n'importe quelle période du diabète, au début, en pleine évolution, à la phase terminale. Paget, Dickinson, l'ont même signalé à titre de syndrome précurseur du diabète, ce qui est absolument exceptionnel. Dans l'évolution du coma diabétique, on constate tantôt un début subit, tantôt un début progressif accompagné de *prodromes* suivants : changement de caractère, dépression ou excitation inaccoutumées, grande inquiétude, sensation de faiblesse physique et d'inaptitude au travail intellectuel, perte de sommeil, fatigue, courbature, état vertigineux. Simultanément, la quantité d'urine de vingt-quatre heures est sensiblement diminuée.

Après cette période prodromique qui peut manquer, survient la phase dite d'invasion caractérisée par une série de troubles gastro-intestinaux, respiratoires, nerveux et sécrétoires.

PÉRIODE D'INVASION. *Troubles gastro-intestinaux.* — Ils sont caractérisés tantôt par des nausées, des vomissements alimentaires ou bilieux, la diarrhée à selles nombreuses, abondantes et riziformes ; tantôt par des douleurs abdominales, localisées à l'épigastre, à l'hypochondre droit, accompagnées de ballonnement du ventre. Ce sont là les deux types, *cholériforme* et *péritonitique* qu'on observe le plus souvent. L'haleine exhale une odeur aigrelette, chloroformique.

Troubles respiratoires. — La respiration devient dyspnéique : l'inspiration est longue, pénible, extrêmement profonde, tandis que l'expiration est particulièrement brève, superficielle, suspirieuse ; ces caractères sont propres à la dyspnée de la période d'invasion du coma diabétique. Au début, le nombre de mouvements respiratoires est normal ; il diminue avec les progrès du coma. L'auscultation du thorax ne révèle aucune lésion locale, ni de l'appareil pulmonaire, ni du cœur. Le pouls est régulier. Il existe généralement une légère hypothermie.

Troubles sécrétoires. — Les urines sont rares et offrent souvent la même odeur aigrelette et chloroformique que l'haleine. Elles sont souvent albumineuses et peu chargées de sucre. L'acétone qu'elles contiennent presque toujours, peut être constatée à l'aide de plusieurs réactions : 1° elle réduit la liqueur de Fehling ; 2° les urines acétoniques prennent une coloration rouge sombre par l'addition de quelques gouttes de perchlorure de fer (réaction de Gerhardt) ; 3° leur coloration devient pourpre par l'action de quelques gouttes de nitro-prussiate de soude (procédé de Legal) ; 4° en soumettant le produit de distillation de l'urine à l'action successive de l'iode et de la soude caustique on obtient de l'iodoforme, facile à reconnaître à son odeur et à sa volatilité sous l'influence de la chaleur.

Troubles nerveux. — La dépression qui prélude au coma est souvent précédée d'une courte phase d'excitation, d'une sorte d'ivresse caractérisée par de l'agitation, de l'exubérance, des cris, des propos incohérents et parfois des actes désordonnés. Cette ivresse qui dans quelques cas exceptionnels prend l'aspect d'un accès d'excitation maniaque, est d'une durée très courte. Elle peut s'accompagner de mouvements convulsifs, particulièrement chez des sujets jeunes et chez les enfants (Baginsky). Quelquefois, les troubles nerveux de la période d'invasion se caractérisent par une céphalée intense et des vertiges (Jaccoud). La dépression qui vient immédiatement après, augmente progressivement. Une grande torpeur physique et cérébrale se déclare. Le malade devient bientôt indifférent à toutes les excitations et tombe peu à peu dans un état comateux.

Période comateuse. — Le malade est étendu dans le décubitus dorsal comme une masse inerte. Son facies est pâle. Les pupilles sont dilatées. Les membres sont flasques. La conscience et la sensibilité sont complètement abolies. La respiration est dyspnéique conformément au type décrit plus haut. Peu à peu la respiration se ralentit, les extrémités se refroidissent, la température rectale baisse au point de tomber à 35, 34 même 32°, et au bout de vingt-quatre heures, trente-six heures, deux ou trois jours, survient la mort.

C'est le coma diabétique classique à forme aiguë.

Lecorché a décrit une forme atténuée du coma diabétique d'une durée plus longue et caractérisée dans quelques cas par l'évolution intermittente des accidents comateux se terminant d'ailleurs comme le type classique.

Diagnostic. — L'odeur de l'haleine, les caractères de la dyspnée, l'analyse des urines permettront de ne pas confondre le coma diabétique avec les accidents comateux d'origine urémique, alcoolique, apoplectique ou cardiaque.

Traitement. — En présence du coma diabétique confirmé, arrivé à sa dernière période, les ressources de la thérapeutique sont très faibles : lavements purgatifs, inhalation d'oxygène. A la période prodromique et d'invasion, les diurétiques et les drastiques trouvent leur indication formelle.

La théorie de l'intoxication acide et de la diminution de l'alcalinité du sang (Hugonenq, Walter, Minkowski), autorise en pareil cas l'emploi de la médication alcaline à haute dose : 20 grammes de bicarbonate de soude par jour, administrés par la voie stomacale ou en injection intra-veineuse.

Diabète pancréatique. — Le *diabète pancréatique* s'accompagne, dans la majorité des cas, d'un affaiblissement assez sensible des facultés intellectuelles, et cela au début même de l'affection. C'est surtout la mémoire qui est atteinte. Puis, sous l'influence de la difficulté de plus en plus grande du travail intellectuel, les malades deviennent tristes, apathiques. A la période avancée du diabète pancréatique, la torpeur est constante. Le malade tombe dans la narcolepsie, ensuite dans le marasme et le coma.

Diabètes insipides. — Dans les *diabètes insipides*, les troubles nerveux et mentaux ne sont pas rares.

Rappelons rapidement les diverses variétés du diabète insipide dont le trait commun est constitué par le symptôme de la polyurie ; elles ne diffèrent les unes des autres que par la composition chimique des urines spéciale à chaque variété.

Dans l'*oxalurie* (Robert Willis, Bird, Bouchard, Le Gendre) on constate souvent le syndrome de la neurasthénie avec ses deux principaux symptômes : asthénie musculaire et irritabilité nerveuse. Les autres signes observés sont : l'anxiété nocturne, insomnie, dyspnée, palpitations, fatigue rapide, grand amaigrissement.

Des troubles analogues se retrouvent dans la *phosphaturie* dont les causes ordinaires sont les maladies nerveuses, organiques ou fonctionnelles, et aussi la tuberculose.

Des troubles mentaux peuvent accompagner le *diabète azoturique* caractérisé par un excès d'urée persistant dans les urines en dehors de tout régime. Tous les degrés de la déchéance intellectuelle que nous avons décrits à propos du diabète sucré ont été signalés par Bouchard au cours de cette variété du diabète insipide. On retrouve là la même apathie, la même dépression. A la période ultime on peut également observer le coma.

Diabète dit nerveux. — Enfin, dans le *diabète* dit *nerveux*, dû aux lésions nerveuses spontanées (tumeurs de la région bulbo-protubérantielle, foyers nécrobiotiques ou hémorrhagiques de la même région, abcès du bulbe, fibrome

de l'épendyme, gommes syphilitiques, plaques de sclérose), on observe en même temps que l'amaigrissement rapide, une diminution très accusée de l'intelligence avec céphalalgies, vertiges, paralysies des membres, paralysies oculaires, anesthésies et hyperesthésies (Fischer, Brouardel et Richardière, Charcot, Lancereaux, Sorel, Thiroloix).

Bibliographie. — Diabète sucré. Marchal (de Calvi). *Recherches sur les accidents diabétiques et essais d'une théorie générale du diabète*, 1864. — Laillier. De la glycosurie chez les aliénés. *Ann. méd. psych.*, 1869, II, p. 1. — Cotard. Aliénation mentale et diabète. *Arch. génér. de médecine*, 1877, XXIX, p. 257. — Legrand du Saulle. *Gaz. des Hôpitaux*, 1877, p. 1178. — Redon. Diabète sucré chez les enfants. *Th. de Paris*, 1877. — Laffont. Recherches expérimentales sur la glycosurie dans ses rapports avec le système nerveux. *Journ. d'anat. et de physiol.*, 1880. — Leroux. *Th. Paris*, 1880. — Bernard et Féré. Des troubles mentaux observés chez les diabétiques. *Arch. de Neurol.*, 1882, IV, p. 336. — Frerichs. Traité du diabète. *Traduction de Lubansky*, Paris 1885. — Lecorché. Troubles nerveux dans le diabète chez la femme. *Arch. de Neur.*, 1885, X, p. 406. — Rouillard. *Ann. méd. psych.*, 1888, VII, p. 432. — Dufossé. Etude sur la narcolepsie. *Th. de Paris*, 1888. — G. Guinon et Souques. Association du tabes avec le diabète sucré. *Arch. de Neurol.*, 1891, XXII, 311 et suiv. ; *Ibid.*, 1892, XXIII, p. 197 et suiv. — Chauffard. Les petits accidents nerveux du diabète. *Sem. Méd.*, 1893, p. 70. — Duflocq et Douchez. *Revue de Médecine*, juin 1893. — P. Marie. Etude clinique de quelques cas de diabète. *Sem. Méd.*, 1895.

Coma diabétique. Roque, Dervic et Hugounenq. *Revue de méd.*, 1892, p. 995. — Pal (J.). Ueber Tabes und Diabetes mellitus. *Wien. Klin. Rundschau.*, 1901, XV, p. 1-3.

Diabète pancréatique. Cl. Bernard. *Leçons de physiologie expérimentale*, 1855, p. 418. — Lancereaux, *Acad. de Méd.*, 1877. — Rendu. Du diabète pancréatique. *Sem. Méd.*, 1891, p. 109.

Diabète dit nerveux. Fischer. Du diabète consécutif aux traumatismes. *Arch. gén. de méd.*, 1882. — Pierre. *Th. de Nancy*, 1886. — Brouardel et Richardière, *Ann. d'hygiène publique*, 1888. — Lancereaux. *Acad. de Méd.* 1888 ; *Id.*, *Leçons cliniques*, Paris, 1892. — M[lle] Bernstein-Kohan. *Th. de Paris*, 1891. — Boutard. *Th. Paris*, 1891. — Thiroloix. Diabète bulbaire. *Soc. Anat.*, 1892. — J. Lévy. Le diabète sucré dans ses rapports avec les lésions nerveuses spontanées. *Th. de Paris*, 1892. — Sorel. Diabète et glycosurie d'origine nerveuse. *Th. de Paris*, 1894.

B. — Troubles mentaux liés à l'urémie.

Historique. — L'étude des troubles mentaux liés aux affections rénales et en particulier à l'urémie est de date relativement récente.

C'est Lasègue qui trace en 1852 le tableau suivant du brightique cérébral : « Sa physionomie exprime une sorte d'indifférence et son intelligence est plus paresseuse ; les choses peuvent en rester là, et quand les symptômes ne dépassent pas ce degré, il semble assez naturel de les attribuer à la débilité qui résulte d'une maladie grave, plutôt que de les classer parmi les accidents cérébraux. Si l'apathie n'est pas plus marquée, elle a d'ailleurs ses intervalles, ses alternatives de mieux et de recrudescence ; cependant, il est impossible de méconnaître un ensemble de caractères propres aux albuminuriques et qui se manifestent déjà par l'expression du visage, la démarche,

l'absence de préoccupations et surtout de réactions intellectuelles[1] ».

En 1883, Bouvat publie plusieurs observations de folie au cours des affections rénales[2]. Deux ans après, Dieulafoy décrit sous le nom de « folie brightique » un nombre important de cas de délire survenus au cours du mal de Bright[3]. En 1890, Raymond insiste sur les délires survenant au cours de néphrites chroniques et dont la nature paraît être plutôt urémique que vésanique[4]. Joffroy étudie la même année l'urémie délirante et établit la distinction entre les troubles mentaux dus à l'auto-intoxication d'origine rénale et la folie brightique. D'après lui, la clinique offre à cet égard deux catégories de faits : dans la première, les troubles mentaux sont dus exclusivement à l'albuminurie existante ; dans l'autre, l'albuminurie ne fait qu'éveiller une prédisposition vésanique et favorise l'éclosion d'une folie latente.

Alice Bennet publie, également en 1890, une étude sur le mal de Bright dans ses rapports avec l'aliénation mentale et constate que l'intoxication urémique peut donner naissance à des troubles mentaux variés parmi lesquels l'auteur note comme s'observant fréquemment : la mélancolie avec idées de persécution, avec ou sans hallucinations[5].

Florant, élève de Joffroy, publie en 1891, de nombreuses observations cliniques destinées à démontrer que l'urémie peut provoquer le délire ou la folie selon qu'il existe une prédisposition nerveuse commune ou une prédisposition vésanique[6]. En 1892, Tuttle fait paraître cinq observations de mal de Bright avec folie qui, dans trois cas, revêt l'aspect de la mélancolie simple[7].

Le problème vient ensuite à l'ordre du jour du Congrès des aliénistes et neurologistes de 1893, à l'occasion des auto-intoxications dans les maladies mentales. Là, Régis et Chevalier-Lavaure admettent l'existence d'une folie brightique proprement dite et celle d'une folie survenue à l'occasion du brightisme. Tandis que la vraie folie brightique ou urémique présenterait les principaux caractères d'une folie toxique chronique (hallucinations, illusions, idées de persécution, confusion mentale), la folie née à l'occasion du brightisme peut revêtir les formes vésaniques diverses[8]. Cullerre a produit à ce même Congrès des observations de folie brightique évoluant généralement sur un terrain héréditaire psychopathique et revêtant de préférence l'aspect de la mélancolie[9]. Antonio Gilmore constate en 1893 la fréquence égale de

[1] Lasègue. Sur les accidents urinaires qui surviennent dans le cours de la maladie de Bright. *Archives générales de médecine*, 1852.

[2] Bouvat. *Th. de Lyon*, 1883.

[3] Dieulafoy. Folie brightique. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 1885.

[4] F. Raymond. *Arch. générales de médecine*, 1872.

[5] Alice Bennet. *Alienist and Neurologist*, 1890.

[6] Florant. Des manifestations délirantes de l'urémie ou folie brightique. *Th. de Paris*, 1891.

[7] Tuttle. *American journal of Insanty*, 1892.

[8] Régis et Chevalier-Lavaure. Rapport sur les auto-intoxications dans les maladies mentales. *C. R. du Congrès de la Rochelle*, 1893.

[9] Cullerre. *Ibidem*.

la mélancolie et de la manie chez des brightiques aliénés[1]. En 1897, Guélon[2] publie quinze observations qu'il divise en trois groupes : celles de folie brightique proprement dite, celles où à l'intoxication urémique s'ajoute une autre cause occasionnelle, celles enfin dans lesquelles l'intoxication urémique survient dans le cours d'une folie chronique. On trouvera à la fin de cet article des indications bibliographiques très détaillées concernant l'urémie dans ses rapports avec les troubles mentaux.

Etiologie. Pathogénie. — Toute affection qui met obstacle à l'élimination par les urines des poisons formés dans l'organisme, peut provoquer, dans certaines conditions déterminées, la folie urémique.

En premier lieu, il faut citer les diverses néphrites. Viennent ensuite les maladies de la prostate et de la vessie, particulièrement chez les vieillards.

La dépuration du sang par les urines peut être aussi compromise momentanément ou d'une façon durable, par des troubles de nature névropathique comme les névralgies de la vessie ou les spasmes des canaux excréteurs qui peuvent déterminer de la dysurie, de la diminution de la sécrétion urinaire et même de l'anurie.

Dans ces diverses circonstances pathologiques, il y a auto-intoxication par les poisons que nos organes et tissus fabriquent sans discontinuité, il y a *urémie* par défaut d'élimination de ces poisons par les urines.

La pathogénie de l'urémie est loin d'être élucidée. Nous n'avons pas à nous occuper ici des théories prétendues anatomiques qui sont aujourd'hui complètement abandonnées. Rappelons seulement les diverses théories cliniques qui font de l'urémie une intoxication du sang.

En les parcourant on constate que pendant longtemps on a cherché dans le sang un poison capable de produire à lui seul l'ensemble des phénomènes observés. Le premier qui ait envisagé les côtés multiples du problème à résoudre est Schottin, dont les travaux sont antérieurs à ceux de Feltz, de Ritter et de Bouchard.

La théorie de Wilson d'après laquelle l'urémie serait un empoisonnement du sang par excès d'urée, fut réduite à néant après les travaux de Berthelot et Wurtz qui constatèrent à plusieurs reprises l'absence de l'urée dans les formes les plus graves d'urémie. D'autre part, les recherches de Frerichs et Owen Rees démontrèrent que l'urée pouvait exister dans le sang en proportion considérable sans provoquer des troubles nerveux. Les expériences de Cl. Bernard, de Fleischer de (Wiesbaden), ont prouvé que l'urée, même à dose considérable, ne pouvait pas être considérée comme un poison. Puis, Bouchard a établi que pour tuer les animaux, il faut dix fois plus d'urée qu'on en trouve chez les urémiques. Fleischer a constaté qu'à dose forte elle est un diurétique puissant.

[1] Antonio Gilmore. *The Journal of nervus and mental disease*, 1893.

[2] J. Guélon. Des psychoses dans leurs rapports avec les affections des reins. *Th. de Bordeaux*, 1897.

La théorie de Frerichs est dérivée de celle de Wilson : l'urée devient un poison lorsque soumise à l'action d'un ferment particulier, elle se transforme dans le sang en carbonate d'ammoniaque. Mais il est démontré aujourd'hui que dans le sang des urémiques le carbonate d'ammoniaque etait en quantité minime et que ce sel n'est toxique qu'à dose très élevée (Zaleski, Kühne, Rosenstein, Cl. Bernard).

D'après la théorie de Schottin, dite de la créatinémie, l'alcalinité du sang nécessaire à l'oxydation complète des substances azotées est notablement inférieure, dans l'urémie, à l'alcalinité normale. Il résulte de là que des produits d'oxydation imparfaite, la créatine, la créatinine, la tyrosine, la leucine encombrent les tissus en même temps que les processus d'assimilation et d'exosmose se trouvent ralentis. L'urémie résulte de ce que le rein ne peut suffire à l'élimination des substances retenues dans les organes de plus en plus encombrés.

Feltz et Ritter soutiennent la théorie de l'action toxique des sels de potasse.

Bouchard explique l'urémie par sa théorie des poisons multiples, qui sont :

1° Sels de potasse et substances organiques introduits dans l'économie par l'alimentation ; 2° Déchets organiques mis en circulation par la désassimilation incessante des éléments anatomiques ; 3° Sels biliaires et matière colorante de la bile ; 4° Alcaloïdes et série de corps toxiques provenant des putréfactions intestinales et jouissant chacun d'une propriété particulière : narcotique, convulsivante, hypothermique. Tous ces poisons sont éliminés à l'état normal par les urines mais quand le rein devient imperméable, ils s'accumulent dans le sang et contribuent à la production des phénomènes urémiques. En effet, d'après Bouchard, l'urine des malades atteints d'urémie a perdu en grande partie ces divers poisons, car injectée aux animaux, elle s'est montrée moins toxique que l'eau distillée.

Dans quelles conditions l'intoxication urémique peut-elle donner lieu à des troubles mentaux ?

L'état de stupeur et d'apathie qui caractérise l'état mental de certains brightiques semble exister parfois sous la dépendance exclusive de l'urémie, sans qu'on trouve pour expliquer ces phénomènes psychopathiques une prédisposition nerveuse ou vésanique. Ces symptômes d'ordre psychique constituent en pareil cas un équivalent de phénomènes convulsifs dont l'apparition au cours de l'urémie est due vraisemblablement à la présence dans le sang d'un des nombreux poisons indiqués par Bouchard.

Voilà une première catégorie de faits que la clinique permet d'observer.

Viennent ensuite des cas fort nombreux où l'insuffisance de la dépuration urinaire s'allie à une prédisposition congénitale ou acquise et contribue, dans une mesure plus ou moins importante, à la production des troubles mentaux. Joffroy soutient même que l'urémie délirante est toujours due à une prédisposition dont il distingue deux espèces : l'une qu'il désigne sous le nom de prédisposition nerveuse commune, l'autre sous celui de prédisposition vésanique. Dans le premier cas, l'intoxication urémique peut créer de toutes

pièces le délire, parce que le cerveau, simplement moins résistant, mais sans tares vésaniques, subit directement l'influence du poison brightique qui détermine en lui une perturbation de la nutrition avec sa conséquence : le délire ; ce dernier porte alors le cachet de l'urémie et mérite le nom de *folie brightique* proprement dite. Les choses se présenteraient tout autrement en cas de prédisposition dite vésanique. Là, le cerveau, frappé d'une tare préexistante et latente, manifeste cette dernière à l'occasion de l'intoxication urémique, sans que le poison ait un rôle effectif dans la symptomatologie et l'évolution du délire. C'est de la folie non pas brightique, mais de la *folie à forme quelconque à l'occasion du brightisme*. Avec la prédisposition nerveuse commune, l'urémie est la cause efficiente, principale du délire ; avec la prédisposition vésanique, elle ne constitue plus qu'un facteur occasionnel et banal.

Les sujets à tares névropathiques ou vésaniques, héréditaires ou acquises (les « cérébraux » de Lasègue), sont naturellement très sensibles à tous les poisons exogènes ou endogènes. L'intensité de ces tares variant à l'infini, on conçoit facilement des cas dans lesquels l'intoxication urémique seule est impuissante à produire des troubles mentaux, tandis que aidée d'une émotion violente, d'une intoxication alimentaire (alcool) ou médicamenteuse, d'une infection intercurrente (puerpéralité), elle arrive à provoquer la folie.

Symptomatologie. — Pour la commodité de la description on reconnaît généralement deux sortes de folie urémique ou brightique : 1° l'*urémie délirante aiguë* ou *subaiguë* dite encore *délire urémique aigu* ou *subaigu ;* 2° *folie urémique* ou *brightique.*

I. — Urémie délirante aigue ou subaigue

On a l'occasion de l'observer dans les hôpitaux généraux, chez des malades dont l'élimination urinaire est entravée ou troublée pour une raison quelconque. Les urines n'atteignent pas le taux normal des vingt-quatre heures ; leur densité est modifiée, elles contiennent des albumines vraies. Une céphalalgie plus ou moins intense se déclare ; arrive ensuite un délire qui rappelle le délire alcoolique : le malade a des hallucinations et des illusions visuelles et auditives ; il rêve tout haut des choses de son travail ; il veut descendre du lit pour arranger ceci ou cela ; il cause à ses camarades, commande son ouvrage, met la main à la pâte. Cet état hallucinatoire s'accompagne souvent de confusion dans les idées, d'affaiblissement de la mémoire, d'impossibilité de fixer l'attention, d'agitation motrice et parfois, de phénomènes épileptiformes ou cataleptiformes. L'évolution de cette sorte de confusion mentale hallucinatoire urémique peut être aiguë ou subaiguë. Sa terminaison est subordonnée à la maladie générale qui a créé l'urémie. Le délire hallucinatoire continu, s'accompagnant de mouvements carphologiques, semble généralement présager un dénouement fatal.

Dans certains cas, le délire vésanique évoluant chez un sujet à tares vésa-

niques accentuées, peut persister ou se transformer en un délire à tendances systématiques ou en un état démentiel.

II. — Folie urémique ou brightique proprement dite

Les psychoses qu'on a décrites sous le nom de *folie brightique* peuvent revêtir en clinique les formes les plus variées.

D'après Cullerre, le type morbide le plus fréquent serait la mélancolie, tantôt simple, tantôt entrecoupée de crises hallucinatoires. Parfois, le délire mélancolique peut s'accompagner d'attaques éclamptiques frustes, de crises de panophobie alternant avec des accès d'hébétude ou de stupeur. Ces deux derniers phénomènes sont assez fréquents dans l'urémie et donnent à la psychose qu'ils accompagnent un cachet particulier.

A côté de la mélancolie simple on délirante il convient de signaler la fréquence de la psychose à forme de mélancolie avec stupeur compliquée parfois d'accidents cataleptiformes (Brissaud et Lamy, Joffroy et Florant, Cullerre).

La confusion mentale que nous avons indiquée comme caractérisant l'urémie délirante aiguë peut également apparaître à titre de psychose brightique proprement dite. Il s'agit alors d'une sorte de stupeur plus ou moins accusée au cours de laquelle apparaissent des bouffées délirantes accompagnées d'hallucinations multiples et d'idées mystiques, de persécution, érotiques. Dans l'intervalle des bouffées délirantes, le malade est dans un état somnolent simulant une hébétude démentielle.

Plus rarement, on a l'occasion d'observer la psychose brightique revêtant l'aspect de l'excitation maniaque. En pareil cas, les hallucinations peuvent être multiples, en raison soit de l'intoxication urémique, soit de la compression par des œdèmes localisés ou des congestions locales. Parfois, l'etat d'excitation maniaque se complique de crises d'hébétude et de stupeur caractérisant souvent les états mentaux urémiques.

Enfin, la psychose brightique peut exceptionnellement réaliser l'aspect de la démence paralytique avec idées absurdes de grandeur, logorrhée, agitation, ictus apoplectiformes se terminant par une phase d'apathie démentielle.

En résumé, la folie brightique proprement dite n'a pas de physionomie absolument spéciale. On peut la comparer avec Régis et Chevalier-Lavaure, à l'alcoolisme chronique dans lequel on rencontre aussi la plupart des types morbides. Dans l'intoxication urémique chronique l'agent toxique, à la vérité beaucoup plus complexe, semble indiquer sa présence par les phénomènes d'hébétude ou de stupeur et les accidents cataleptiformes, éclamptiques ou comateux.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'urémie délirante aiguë ou subaiguë est relativement facile surtout si elle survient sous les yeux du clinicien, au cours

d'une affection rénale. L'encéphalopathie étant en pareil cas purement accidentelle et le plus souvent transitoire, il n'y a pas lieu d'envoyer le malade dans un asile d'aliénés.

Plus difficile, plus délicat est le diagnostic de la folie brightique proprement dite. Là, on se trouve en présence d'un aliéné qui méconnaît son affection rénale. Cette dernière, étant de date plus ou moins ancienne, présente le plus souvent une allure chronique et des symptômes physiques effacés. L'examen des urines ne donne pas toujours l'indication d'une lésion rénale ; il a besoin d'être pratiqué un grand nombre de fois avant qu'on découvre la présence d'albumines vrais. Le dosage de l'urée n'est pas d'un grand secours non plus étant donné les résultats des recherches indiqués plus haut (Berthelot et Wurtz, Frerichs et Owen Rees).

Un renseignement très utile peut être alors fourni par la détermination, selon les règles indiquées par Bouchard, du coefficient de la toxicité urinaire ; les urines hypotoxiques plaident en faveur d'une intoxication urémique. Enfin, si la psychose elle-même n'offre pas de caractères pathognomoniques, certains symptômes qui l'accompagnent peuvent mettre sur la voie du diagnostic ; tels sont : confusion mentale hallucinatoire ou non ; crises d'hébétude, de somnolence ou de stupeur ; phénomènes cataleptiformes indépendants de l'hystérie ; accidents comateux ou éclamptiques.

En interrogeant l'entourage du malade sur l'histoire de l'affection présente, on pourra découvrir qu'antérieurement aux manifestations délirantes, le malade avait présenté des symptômes urémiques, tels que des œdèmes, des accès de dyspnée, des céphalées, des accidents convulsifs ou comateux.

Pronostic. — L'urémie délirante aiguë ne comporte pas par elle-même un pronostic fatal ; ce n'est que lorsqu'elle s'accompagne de phénomènes éclamptiques ou comateux que le pronostic devient extrêmement grave.

Les éléments du pronostic de la folie brightique proprement dite sont assez peu élucidés. L'âge, la nature de l'affection causale de l'urémie, l'absence ou la présence de phénomènes convulsifs ou comateux — tout entre en ligne de compte aussi bien pour faire le pronostic *quoad vitam* que pour indiquer la terminaison probable de la psychose brightique.

Traitement. — Il faut avant tout traiter la maladie, cause de l'urémie.

Dans l'urémie délirante aiguë, une légère saignée peut être très utile.

Le régime lacté, les diurétiques, les drastiques, les révulsifs sur les reins et les frictions générales, tels sont les moyens thérapeutiques susceptibles de rendre de bons services dans les diverses formes de folie brightique.

Bibliographie. — Lasègue. Accidents cérébraux qui surviennent dans le cours de la maladie de Bright. *Arch. de médecine*, 1852; *Id.* Etudes médicales, 1884, t. I, p. 824. — Piberet. *Th. de Paris*, 1855. — Aran. Des accidents nerveux de l'urémie. *Gaz. des hôp.*, 1860, p. 277 et 285. — Gubler. Art. Albuminurie. *Dict. Encycl. des sc. med.*, 1861. — Fournier. De l'urémie. *Th. d'agrég. Paris*, 1863. — Hubert. *Th.*

Paris, 1864. — Picard. *Th. de Strasbourg*, 1866. — Leroux. *Th. de Paris*, 1867. — Monod. *Th. Paris*, 1868, p. 160. — Jaccoud. Art. Albuminurie. *Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.*, 1869. — Alliny. Urémie à forme lente et insidieuse. *Bull. de la Soc. anat.*, 1869, p. 100. — Mohamedof. *Th. de Paris*, 1870. — Jolly. *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1872, n° 28, p. 241. — Halsey. *Th. de Montpellier*, 1873. — Guéneau de Mussy. *Union médicale*, 11 juillet 1874. — Wilks, Mania as symptom of Brights disease. *The journ. of ment. scien.*, 1874, t. XX, p. 243. — Lecorché. *Traité des maladies des reins*, 1875, p. 310. — Crimshaw. A case presenting cataleptic symptoms. *The Dublin Journ. of Médecine*, 1875, avril. — Scholtz. *Berlin. Klin. Woch.*, 1876, n° 41. — Marius. *Berlin, Klin. Woch.*, 1877, n° 40, p. 584. — Barré. *Th. de Paris*, 1878. — Rendu. Etude comparative des néphrites chroniques. *Th. d'agrég. Paris*, 1878. — Russel. *Med. Times and Gaz.*, 1879, mai. — Blondeau. Recherches sur l'urémie fébrile. *Th. de Paris*, 1880. — Debove. *Gaz. méd. des hôpitaux*, 1880, février. — Rabaske. *Deutsch. Med. Wochenschr.*, 1881, n° 41. — Raymond. Sur certains délires simulant la folie survenant dans le cours des néphrites chroniques et paraissant se rattacher à l'urémie. *Arch. gén. de méd.*, 1882, p. 294; *Id.* Relations de l'albuminurie avec les psychoses à propos d'un cas de folie du doute coïncidant avec une néphrite chronique. *Soc. méd. des hôp.*, 1890, juin. — Lépine, *Revue de médecine*, 1882, p. 545. — Kidd. *The practionner*, 1882, août. — Bouvat. Essai sur l'urémie délirante. *Th. de Lyon*, 1883. — Pierret. *Mémoire de Lyon*, 1884. — Dieulafoy. De la folie brightique. *Soc. méd. des hôp.*, 1885, juillet; *Id.* Contribution à l'étude clinique et expérimentale de la maladie de Bright sans albuminurie. *Soc. méd. des hôp.*, 1886, juin et octobre. — Ribail. Contribution à l'étude de l'insuffisance rénale. *Th. Paris*, 1886. — Savage. *Journ. of ment. sc.*, 1887, juillet; *Id.* Brigt'disease in relation to insanity. *Dict. of psychol. med.*, 1892, t. I, p. 172. — Max Koppen. *Arch. für Psych.*, 1889, t. XX. — Hoesslin, *Munch. med. Wochen.*, 1889, n° 42. Koeppen, Albuminurie chez les aliénés. Congr. de neurol. allemand. *Arch. de neurol.*, 1889, XVIII, p. 448. — Joffroy. Leçon du 11 novembre 1890, Salpêtrière; *Id.* De la folie brightique. *Bull. Méd.*, 1891, p. 109. *Id. Bull. Méd.*, 18 nov. 1894. — Alice Bennet. *Americ. journ. of insan.*, 1890, octobre. — Brissaud et Lamy. Attitude cataleptiforme chez un brightique délirant. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1890, août, p. 365. — Roulland, *Bull. Méd.*, 1890, septembre, p. 856. — Florant. Des manifestations délirantes de l'urémie. *Th. de Paris*, 1891. — Spigaglia. *De la folie urémique ou folie rénale*, 1891. — Tuttle. *American journ. of Insanity.* — Lallier. De la folie puerpérale dans ses rapports avec l'éclampsie. *Th. Paris*, 1892, p. 64. — Gerlach. Troubles psychiques chez un enfant de dix ans à la suite d'une néphrite. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1892, t. XLVIII. — Cullerre, *Congr. de méd. ment.* Session de La Rochelle, 1893. *Bull. Méd.*, 1893. *Id.* Note sur un cas de folie urémique consécutive à un rétrécissement traumatique de l'urèthre. *Arch. de neurol.*, 1894, t. XXVIII, p. 2. — Régis et Chevalier Lavaure. *C. R. du Congrès de La Rochelle*, 1893. — R. Rinaldo. Urémie hystérique. An. in *Ann. méd. psych.*, 1893, t. XVII, p. 477. — A. Voisin. Congrès de La Rochelle, 1893, in *Bull. Méd.*, 1893. — Deny. Pathogénie des folies sympathiques. *Sem. méd.*, 1893, p. 371. — Antonio Gilmore. *The journ. of nervous and ment. dis.*, 1893. — Toulouse. Troubles mentaux de l'urémie. *Gaz. des Hôp.*, 1894, p. 649. — Boinay. Troubles mentaux urémiques chez une alcoolique. *Bull. méd. du Nord.* Lille, 1896. — Cabei et Antinosi. Altérations des cellules nerveuses dans l'empoisonnement par l'urine. *Revue neurologique*, 1898, p. 529. — Guélon. Des psychoses dans leurs rapports avec les affections des reins. *Th. de Bordeaux*, 1897. — Bodoni. Sur le passage du bleu de méthylène par les reins dans les psychoses. *Revue neurolog.*, 1899, n° 3. — Maurice Faure. Sur un syndrome mental fréquemment lié à l'insuffisance des fonctions hépato-rénales. *Th. de Paris*, 1899-1900. — Gallone (A.). Contributo alla conoscenza delle paralisi urenische : studio clinica. Novara. *Tip. Novarese di A. Merati*, 1900, in-8°, 23 p. — F. Baudouin. Accidents urémiques complexes au cours d'une pneumonie aiguë. *La Touraine médicale*, 1901, n° 2.

C. — Troubles mentaux par insuffisance hépatique.

Historique. — La coïncidence des troubles mentaux avec des signes des lésions hépatiques est signalée depuis fort longtemps par la médecine populaire qui, couramment, établit une relation entre les maladies du foie et l'humeur mélancolique ou hypochondriaque. Scientifiquement, cette relation est étudiée en 1821 par Delaye et Foville[1]. De même, plus tard, en 1880, Hammond publie un cas d'abcès du foie provoquant un délire hypochondriaque[2], et en 1882, Cyr insiste sur les accidents nerveux graves déterminés par des coliques hépatiques[3]. Signalons aussi la thèse de Raphély qui étudie en 1889 certains états mélancoliques liés aux troubles fonctionnels du foie[4].

A partir de 1892, paraissent des travaux importants sur les troubles mentaux dus à l'insuffisance hépatique.

C'est d'abord Klippel qui publie son étude sur la « folie hépatique », sujet sur lequel il revient dans plusieurs communications ultérieures[5].

C'est ensuite Charrin qui fait la même année une importante communication à la Société de Biologie sur les maladies du foie et la folie[6]. Ce problème est discuté en 1893, au Congrès des aliénistes de La Rochelle. Dans ces dernières années, le sujet a été traité par un grand nombre d'auteurs français ou étrangers parmi lesquels nous rappellerons Joffroy, L. Lévi, Falk, Haskovec, Barbacci, Maurice Faure, dont la thèse très documentée a été publiée en 1900[7].

Étiologie. — D'après les observations publiées jusqu'ici, il semblerait que les troubles mentaux par insuffisance hépatique seraient plus fréquents chez la femme que chez l'homme, plus fréquents aussi dans l'âge moyen que chez les enfants ou les vieillards. Dans la plupart des faits cliniques que nous avons consultés, il s'agit de sujets entachés d'une intoxication ou d'une infection personnelle ancienne ; le plus souvent, on note l'alcoolisme et la tuberculose ; quelquefois, la syphilis. Dans quelques cas intervient aussi l'alcoolisme héréditaire.

Pathogénie. — L'insuffisance hépatique est déterminée par une lésion intense et généralisée de la cellule hépatique. Elle se manifeste par une per-

[1] Delaye et Foville. *Nouveau journ. de méd.*, 1821, sept.

[2] Hammond. *Gaz. hebdom.*, 1880.

[3] Cyr. *Union Méd.*, 1882, p. 762.

[4] Raphély. *Th. de Lyon*, 1889.

[5] Klippel. De l'insuffisance hépatique dans les maladies mentales et de la folie hépatique. *Arch. gén. de méd.*, 1892. V. 2, p. 173. *Id.* De l'origne hépatique de certains délires des alcooliques. *Ann. méd. psych.*, 2e série, t. XX, 1894. *Id.* C. R. du Congrès de La Rochelle 1893. *Id.* Délire et auto-intoxication hépatique. *Revue de Psych.*, septembre 1897.

[6] Charrin. *Société de Biologie*, 1892, juillet. *Id.* Délire avec cirrhose alcoolique et tuberculose. *Soc. méd. des hôp.*, janvier 1896.

[7] Maurice Faure. Sur un syndrome mental fréquemment lié à l'insuffisance des fonctions hépato-rénales. *Th. de Paris*, 1900.

turbation des principales fonctions de la cellule : la biligénie, la glycogénie, l'uréogénie et l'action antitoxique.

Dans la biligénie normale, les produits du chimisme hépatique passent dans le sang et les urines sous forme de pigments biliaires ; en cas d'altération de la cellule hépatique, ces derniers sont remplacés par l'urobiline. L'urobilinurie est le premier résultat de la perturbation fonctionnelle de la cellule hépatique ; elle indique que l'activité de cette cellule ne permet plus l'excrétion des pigments biliaires normaux.

Grâce à la glycogénie normale de la cellule hépatique, les sucres intestinaux sont arrêtés et transformés. La cellule étant lésée, cette fonction ne s'accomplit plus et il se produit le phénomène de la glycosurie alimentaire.

La même altération cellulaire amène une perturbation dans la fabrication de l'urée et de l'acide urique.

Enfin, la cellule hépatique devient impuissante d'arrêter et transformer les poisons d'origine intestinale ; elle est incapable d'exercer sur ces derniers son action antitoxique.

Très vraisemblablement, ces diverses perturbations fonctionnelles du parenchyme hépatique aboutissent à la pénétration dans le sang de substances toxiques. Cette intoxication sanguine par insuffisance fonctionnelle du foie retentit sur le cerveau, d'où troubles mentaux. Ces derniers semblent donc intimement liés à l'auto-intoxication d'origine hépatique. Telle est la théorie pathogénique actuelle des troubles mentaux que nous allons décrire rapidement.

SYMPTOMATOLOGIE. — Deux ordres de symptômes s'observent chez des sujets qui présentent des troubles mentaux par insuffisance hépatique : 1° physiques et 2° psychiques.

Symptômes physiques. — Ce sont ceux d'une affection hépatique quelconque pourvu qu'elle soit capable de déterminer une altération intense et généralisée de la cellule hépatique. Les diverses hépatites toxi-infectieuses, les cirrhoses avec ou sans ascite, avec ou sans hypertrophie splénique sont signalées dans les observations produites par les auteurs cités plus haut. Toutes ces affections du foie peuvent en effet déterminer un trouble biochimique de la cellule hépatique tel que : la diminution du taux de l'urée dans les urines ; l'excès d'acide urique ; la glycosurie alimentaire ; l'hémaphéïsme ; la peptonurie ; l'urobilinurie. Parmi tous ces signes, l'urobilinurie et la glycosurie alimentaire sont les plus importants pour déceler le trouble fonctionnel de la cellule hépatique[1]. Nous devons cependant ajouter que la cons-

[1] Rappelons à ce propos les procédés pratiques permettant : 1° de rechercher l'urobiline dans les urines ; 2° de constater la glycosurie alimentaire.

Les signes de l'*urobilinurie* sont : *a*, urines très rouges; *b*, au spectroscope : une bande à limite gauche du bleu, à cheval sur 140, avec maximum entre 138 et 146 ; *c*, réaction de Méhut : fluorescence verte caractéristique par les manipulations suivantes : pigments de l'urine précipités par le sulfate d'ammoniaque en liqueur acide ; solution du précipité dans le chloroforme et addition d'un peu de chlorure de zinc ammoniacal ; *d*, réaction de Gu-

tatation de l'urobilinurie n'indique pas toujours et fatalement une atteinte grave de la cellule hépatique ; elle n'a cette signification que si toute autre cause pouvant également la produire, comme un embarras gastrique fébrile, une hémorrhagie en foyer, a été soigneusement écartée.

Symptomes psychiques. — Le petit nombre d'observations publiées jusqu'à présent ne permettent guère de tracer un tableau clinique unique et pour ainsi dire pathognomonique des troubles mentaux constatés au cours d'une insuffisance hépatique. Deux catégories de faits peuvent être établies.

Dans une première série de cas, on constate, dès le début du syndrome mental d'origine hépatique, un état de somnolence, de torpeur et de rêve. Les malades paraissent comme abrutis. Leur mémoire est affaiblie, surtout en ce qui concerne les faits récents. Ils sont à peine agités : se lèvent la nuit, pleurent ou rient sans raison apparente, tiennent des propos incohérents, délirent à mi-voix.

Dans une seconde série d'observations, il s'agit de grande excitation maniaque avec cris, chants, pleurs, agitation extrême avec loquacité intarissable, idées délirantes associées d'une façon incohérente (culpabilité, persécution, grandeur), hallucinations visuelles et auditives. Ces manifestations délirantes à forme aiguë se compliquent généralement de soubresauts, de mouvements carphologiques et se terminent généralement par un état comateux, prélude de la mort.

La durée des troubles psychiques que nous venons d'indiquer est très variable : quelques jours, plusieurs semaines, deux ou trois mois.

Anatomie pathologique. — La lésion histologique dominante, constante, est l'altération intense et généralisée de la cellule hépatique. Les recherches histologiques de Klippel montrent en pareil cas une dégénérescence graisseuse massive du lobule hépatique et celles de L. Lévi, de Maurice Faure aboutissent à la même constatation.

En ce qui concerne les centres nerveux, ce dernier auteur, en employant la méthode de Nissl, a pu constater dans quatre cas l'existence des lésions des grandes cellules pyramidales de la zone rolandique. D'après lui, la lésion dans sa forme légère se présente ainsi : l'aspect général de la cellule, sa forme, ses contours, ses éléments principaux sont conservés. Mais la base de la pyramide cellulaire se renfle dans la partie que le noyau occupe. Ce noyau quitte le centre de la cellule et va se placer vers la périphérie ; les grains chromophyles qui l'entouraient ont disparu, de sorte que le centre de la cellule est éclairci.

Quand la lésion est très accentuée, la cellule est globuleuse; son centre est

bler : additon d'acide nitrique dans les urines filtrées ; coloration brun acajou de l'ensemble.

La *glycosurie alimentaire* se constate en faisant ingérer au malade 100 à 120 grammes de sucre de canne et en pratiquant une ou deux heures après, l'examen des urines. On constatera alors une glycosurie abondante. Pour que l'épreuve soit probante il faut s'assurer que le sujet n'est pas glycosurique habituellement.

clair, sa périphérie foncée et l'intervalle présente des teintes nuageuses. Le noyau cellulaire, dont l'aspect est normal, est situé dans une position très excentrique. Les grains chromophyles ont complètement disparu. Les prolongements protoplasmiques sont à peine appréciables et on ne peut les suivre qu'à une très faible distance du corps cellulaire.

Entre ces deux extrêmes, on peut observer tous les intermédiaires.

Pronostic. — Il est entièrement subordonné : 1° à la maladie qui a déterminé l'insuffisance hépatique; 2° au terrain plus ou moins affaibli par les tares personnelles et héréditaires sur lequel évoluent les troubles mentaux.

Traitement. — Il importe de lutter contre l'intoxication d'origine hépatique par les purgatifs, les diurétiques, quelquefois les émissions sanguines, le régime lacté, les alcalins, l'hydrothérapie, les frictions.

Bibliographie. —Delaye et Foville. *Nouveau journ. de medecine*, 1821, septembre. — Hammond. Abcès du foie, leur association avec l'hypochondrie et leur traitement. *Gaz. hebdom.*, 1880. — Cyr. Accidents nerveux graves déterminés par des coliques hépatiques. *Union méd.*, 1882, p. 762. — De Bruin. *Sur l'action toxique de la bilirubine*, 1889. Amsterdam. — Grilli. La cirrosi epatica si trova molto raramente nei passi. *Lo sperimentale*, mai 1889. — Raphély. Phénomènes psychiques de nature mélancolique liés aux troubles fonctionnels du foie. *Th. de Lyon*, 1889. — Charrin. Maladies du foie et folie. *Soc. de Biologie*, 1892, juillet. *Id.* Délire avec cirrhose alcoolique et tuberculose. *Soc. méd. des hôp.*, 1896, janvier. — Klippel. De l'insuffisance hépatique dans les maladies mentales et de la folie hépatique. *Arch. gén. de méd.*, 1892, V, 2, p. 173. *Id.* De l'origine hépatique de certains délires des alcooliques. *Ann. méd. psych.* 2e série, t. XX, 1894. *Id.* Congr. de méd. ment., 1893, aout. *Id.* Délire et auto-intoxication hépatique. *Revue de Psychiâtrie*, 1897, septembre. — Joffroy. Leçon à l'Asile Sainte-Anne, 1895, mai. *Id. Soc. méd. des hôp.*, 1896, janvier. — Léopold Lévi. Troubles nerveux d'origine hépatique. *Th. de Paris*, 1896. *Id.* Le délire dans les affections hépatiques. *Arch. gén. de méd.*, 1896, t. I, p. 219. — Kischkine. Deux cas de cérébropathie toxique à la suite de l'ictère. *Moniteur russe de Psychiatrie*, 1896. — Falk. Microscopical alterations of the kidneys and liver in 52 cas of psychoneurosis. (*Viestnik klin. psych. i. nevropath.*) Saint-Pétersb., 1897. — Haskovec. Note sur l'urobilinurie et l'hémato-porphyrinurie toxiques dans les maladies nerveuses. *Revue neurol.*, 1899, n° 7, p. 237. — Barbacci. Altérations des éléments nerveux dans la cholémie permanente par ligature du cholédoque. *Revue neurol.*, 1899, p. 425. — Maurice Faure. Sur un syndrome mental fréquemment lié à l'insuffisance des fonctions hépato-rénales. *Th. de Paris*, 1900. — Massalongho. Hépatisme et névropathie. *Ann. méd. psych.*, 1901, 8 s., XIII, p. 101-103.

D. — Troubles mentaux liés à l'insuffisance thyroïdienne.

Il conviendrait de décrire ici les troubles mentaux liés à l'insuffisance thyroïdienne (myxœdème). Mais cette insuffisance thyroïdienne est souvent congénitale et se traduit par un défaut de développement cérébral dont la conséquence est l'idiotie ou le crétinisme. Aussi renvoyons-nous son étude au livre où il sera question de ces états congénitaux dont il y aurait inconvénient à scinder la description.

LIVRE IV

PSYCHOSES CONSTITUTIONNELLES

Par F. L. ARNAUD

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

On a vu, au chapitre *Étiologie générale* de cet ouvrage, que l'*Hérédité* est la plus efficace des causes qui prédisposent aux affections mentales en général. Cependant, si elle est la plus puissante, l'hérédité n'est pas la cause unique. Sur ce point, la controverse pourrait s'éterniser si l'on ne disposait que des observations relatives à l'homme. Mais l'expérimentation sur les animaux a fourni des résultats positifs et probants. Dans une longue série de travaux, Brown-Séquard [1] a définitivement établi qu'en sectionnant et irritant ensuite la moelle ou le nerf sciatique du cobaye on détermine des *attaques épileptiformes ;* si l'expérience est suffisamment prolongée, l'animal devient réellement *épileptique,* les crises convulsives se produisent spontanément, en dehors de toute nouvelle irritation expérimentale, et la maladie se transmet aux produits. De nombreux physiologistes, Laborde notamment, ont répété avec le même succès des expériences analogues. Luciani [2] a également obtenu la transmission héréditaire de l'épilepsie provoquée par l'irritation du cerveau. Dans ces différents cas, une maladie identique, l'épilepsie, est produite par une cause extérieure et accidentelle chez les ascendants, par l'hérédité chez les descendants. Des résultats du même ordre ont été obtenus par Féré, qui, en imprégnant par l'alcool des œufs fécondés, a pu constater, chez les poulets sortis de ces œufs, toute la série des malformations et des arrêts de développement que l'on attribue si souvent, et faute de mieux, à l'hérédité.

Il faut donc, à côté de l'hérédité, faire une place, parmi les conditions capables d'entraîner la prédisposition aux affections du système nerveux central, à certaines influences agissant sur l'individu lui-même et notamment à

[1] Transmission par hérédité d'une affection épileptiforme accidentellement produite. *Proceedings of the Royal society of London, vol. X, Feb.* 1860. — Faits nouveaux établissant l'extrême fréquence de la transmission, etc., C. R. *Soc. Biol.,* mars 1882.

[2] *Archiv. ital. per le malattie nervose,* 1881.

[3] *Soc. Biol.,* févr. 1894.

celles qui s'exercent pendant la vie fœtale ou dans l'enfance, c'est-à-dire pendant la période de développement de l'organisme. Pour être moins importante que celle de l'hérédité, l'action de ces causes ne doit pas cependant être méconnue ; c'est alors que, suivant le mot de Lasègue, *l'individu hérite de lui-même*.

Mais la *prédisposition*, héréditaire le plus souvent et quelquefois acquise, se fait sentir à des degrés très variables.

Dans un certain nombre de cas, la prédisposition est au minimum ; la maladie exige, pour se développer, l'action adjuvante de *causes occasionnelles* puissantes : intoxications et infections diverses, émotions vives ou prolongés, traumatismes cérébraux, surmenages de tout genre, etc. Dans les cas de cet ordre, les causes occasionnelles dont il s'agit étant personnelles et, par conséquent, évitables, les psychoses qui se développent sous leur influence peuvent, dans une certaine mesure, être considérées comme accidentelles. Telles sont les *psychoses toxiques*, les *délires fébriles*, la *manie* et la *mélancolie* simples, la *paralysie générale*, etc.

Dans d'autres circonstances, au contraire, la prédisposition morbide est au maximum, et il suffit, pour la réveiller, des causes les plus insignifiantes, les plus banales, dont l'action est inséparable des conditions mêmes de l'existence et qu'il n'est guère possible d'éviter. Ici, l'éclosion d'une maladie mentale n'est plus un accident ; elle est plutôt l'aboutissement normal d'une forte prédisposition et comme la floraison d'un germe déposé en terrain favorable. Les maladies mentales développées dans de semblables conditions, résultant de la constitution même du sujet, sont justement appelées *psychoses constitutionnelles*. Ce sont les psychoses les plus nombreuses et les plus importantes. Elles comprennent les différents *délires systématisés*, les folies *intermittentes* ou *périodiques*, les innombrables folies *morales, raisonnantes, instinctives*, des *héréditaires*, des *dégénérés*, etc.

Ce vaste groupe, pierre d'achoppement de toutes les classifications, présente donc, au point de vue de son étiologie, ce caractère important d'être sous l'étroite dépendance d'une forte prédisposition névro ou psychopathique qui prépare le terrain sur lequel, tôt ou tard, se développera la maladie.

Cette prédisposition se manifeste, suivant les sujets, de façons différentes ; en considérant uniquement son mode d'action, l'on peut diviser assez naturellement les psychoses constitutionnelles en *deux classes* principales.

Dans la première, l'influence prédisposante, si puissante soit-elle, ne se manifeste pas sensiblement avant l'apparition de la psychose. Sans doute, elle s'exerce sur le caractère et les tendances, mais sans dépasser les limites des variations individuelles psychologiques, des simples modifications du caractère considérées comme étrangères à la pathologie. Avant le développement de l'affection mentale caractérisée,. le sujet n'était ni un malade, ni même un irrégulier. Et s'il guérit de son accès de folie, il peut être considéré, d'une manière générale, comme un individu normal. Le plus souvent aussi, mais ce caractère n'a rien d'absolu, les sujets qui appartiennent à cette catégorie ne présentent pas ou ne présentent qu'à un degré atténué ces modifica-

tions somatiques, ces malformations désignées sous le nom de *stigmates physiques de l'hérédité*. Pour cette double raison, on peut dire que chez eux la prédisposition est restée *latente* jusqu'à l'apparition de la psychose et qu'elle demeure telle pendant les intervalles qui séparent les accès successifs. Chez ces sujets à *prédisposition latente*, les formes morbides que l'on observe de préférence sont les délires *systématisés chroniques* et les folies *périodiques* ou *intermittentes*.

Dans une seconde classe, la *prédisposition* est plus accentuée, plus grave; son action est *apparente* et *permanente*, souvent dès les premières années de la vie. Les sujets qui composent cette classe sont, de bonne heure, nettement irréguliers, surtout en ce qui concerne les sentiments et le caractère. Indisciplinables, insociables, leurs instincts capricieux et mobiles, fréquemment pervertis, les jettent dans toute sorte d'aventures. Ils présentent des bizarreries, des excentricités qui appellent sur eux l'attention et les font considérer comme des *détraqués*, comme des *originaux*. Ce qui les distingue, dans leur état habituel et en dehors de tout incident pathologique surajouté, c'est le *défaut d'équilibre*, la dysharmonie des fonctions cérébrales. Leur intelligence peut être très développée, mais ils manquent de mesure et de jugement. Leur volonté est ordinairement déréglée, ils sont à la fois abouliques et entêtés jusqu'à l'absurde, souvent impulsifs. Très impressionnables, très émotifs, ils présentent fréquemment des obsessions, des craintes morbides, etc. Ils ont aussi une grande aptitude à délirer sous les influences les plus minimes ou même sans cause appréciable, et leurs conceptions délirantes se développent brusquement, sans préparation, guérissent souvent, mais pour se reproduire avec la même facilité; ou bien, au contraire, elles s'immobilisent indéfiniment dans une forme invariable. Enfin, ils présentent ordinairement un plus ou moins grand nombre d'anomalies ou *stigmates physiques*.

Ainsi donc, pour les sujets de cette seconde catégorie, au lieu de rester latente comme chez les précédents, l'influence pathologique, héréditaire ou autre, se fait sentir avant l'apparition de tout accès délirant et dans l'intervalle des accès successifs. A cette deuxième classe appartiennent les aliénés *raisonnants*, les *fous moraux*, les *obsédés*, les *impulsifs*, tous ces malades avec lesquels on a constitué les groupes de la *folie héréditaire* et de la *dégénérescence mentale*.

Magnan, se plaçant au seul point de vue de l'accumulation de l'hérédité dans les antécédents des malades, admet *trois catégories* dans les psychoses constitutionnelles. La première, la moins atteinte par l'influence héréditaire, comprend les « délirants chroniques » (délires systématisés chroniques); — la plus touchée, celle où les tares héréditaires sont particulièrement graves et nombreuses, est celle des « héréditaires dégénéres » (folie raisonnante, folie morale, obsessions, impulsions, etc.); — entre les deux prennent place les intermittents, qui, moins atteints héréditairement que les dégénérés, mais plus tarés que les délirants chroniques, forment une classe intermédiaire [1]

[1] Magnan. *De la folie intermittente*, communicat. au Congrès international de médecine, 1890.

G. Ballet objecte fort justement à cette manière de voir que « s'il est facile de constater l'hérédité, il ne semble pas qu'il soit commode de la doser. D'ailleurs, si certains dégénérés sont pourvus de lourdes tares héréditaires, il en est chez qui la dégénérescence est la conséquence d'accidents de la grossesse de la mère ou de maladies infantiles, si bien que chez eux l'hérédité est inconstante quoique habituelle. Dans la folie intermittente elle est au contraire de règle... Ce qu'il faut dire, à notre avis, c'est que l'hérédité, forte ou faible, au lieu d'aboutir à un état de déséquilibration permanente dû à un développement défectueux du système nerveux, crée simplement une prédisposition latente qui chez l'intermittent se traduit par des accès de folie plus ou moins éloignés les uns des autres. Ce qui est moins accusé dans ces cas, ce n'est pas à proprement parler l'hérédité, ce sont ses conséquences[1]. » Ajoutons que la transmission héréditaire n'est pas seulement une question de *quantité* mais qu'elle est aussi une question de *qualité,* certaines tares légères pouvant déterminer chez les descendants des caractères considérés par beaucoup d'auteurs comme propres aux dégénérés, tandis que des tares héreditaires plus lourdes, plus nombreuses, mais d'une nature différente, entraînent l'apparition de psychoses non dégénératives. C'est ce que disait clairement Morel, à propos des dégénérescences : « Certaines causes maladives produisent plutôt telle dégénérescence que telle autre ; ... (celles-ci) puisent leurs éléments distinctifs dans la nature même de la cause qui les a produites[2] ».

C'est pourquoi nous nous attachons, avec G. Ballet, aux *effets* de la prédisposition, que l'on peut toujours constater, plutôt qu'à son *intensité,* d'une appréciation si incertaine. A cette manière de voir correspond notre division des psychoses constitutionnelles en deux catégories, suivant que la prédisposition, qu'elle soit héréditaire ou acquise, reste *latente* jusqu'à l'apparition des troubles délirants ou suivant qu'elle est *apparente* pendant toute la vie du sujet, en dehors même des périodes délirantes. Il convient de remarquer cependant que cette distinction, très réelle lorsqu'on se place à un point de vue général, n'a rien d'absolu et qu'en fait on observe parfaitement, dans certains cas particuliers, des psychoses de la première catégorie (délires systématisés réguliers, folies intermittentes ou périodiques) chez des sujets présentant l'état mental et les caractères habituels de la seconde (malades dits *dégénérés* [3]), ou inversement ; de sorte qu'un assez grand nombre de malades auraient des droits égaux à figurer dans l'une et l'autre classe.

Ce qu'il importe surtout de retenir, c'est que les psychoses constitutionnelles se développent sur un terrain particulier, préparé soit par l'hérédité, et c'est le cas le plus fréquent, soit par des maladies du fœtus ou de l'enfance (Cotard, Bouchereau, Christian, etc.). Nous résumons ces considérations générales dans le tableau ci-dessous :

[1] G. Ballet. *Les psychoses, folie périodique,* in traité de médecine de Charcot et Bouchard.

[2] *Traité des dégénérescences,* p. 4.

[3] Sur ce point, voir principalement : Séglas. Du délire chronique, *Annal. méd.-psych.,* 1888, t. VII, p. 320.

TABLEAU I

PSYCHOSES CONSTITUTIONNELLES

I. — Chez les sujets à *prédisposition latente*, pouvant être considérés comme normaux avant le développement de la psychose (sujets à développement organo-psychique complet des allemands).	1° Délires systématisés primitifs, aigus et chroniques. 2° Folies périodiques et circulaires.	
II. — Chez les sujets à *prédisposition apparente*, anormaux avant même l'apparition de la psychose (développement organopsychique incomplet).	1° Obsessions, impulsions. 2° Folies morales, folies raisonnantes. 3° Délires.	Manie et mélancolie raisonnantes. Délires d'emblée, bouffées. Persécutés — persécuteurs. Certaines autres formes de délire systématisé. (Originel.)

PREMIÈRE PARTIE

PSYCHOSES CHEZ LES SUJETS A PRÉDISPOSITION LATENTE

CHAPITRE PREMIER

DÉLIRES SYSTÉMATISÉS OU PARTIELS

(PARANOIA, VERRUCKTHEIT des auteurs allemands).

On désigne, en France, sous les noms de *délires partiels* ou *systématisés,* sous le terme générique de *paranoïa*, en Allemagne et en Italie, des états psychopathiques fonctionnels, caractérisés par des idées délirantes permanentes, fixes, méthodiquement liées entre elles, se développant dans un sens déterminé et suivant une évolution logique. Ces états, indépendants de toute lésion organique appréciable jusqu'à présent, paraissent également indépendants de toute origine émotive. Ils sont évidemment en rapport avec des troubles profonds, et encore très obscurs, de la cénesthésie, mais ils se manifestent *primitivement* par une déviation des fonctions *intellectuelles,* déviation, qui, par elle-même, ne comporte pas un véritable affaiblissement de l'intelligence et qui laisse intactes, au moins en apparence, les facultés logiques et de raisonnement.

Le délire se présente comme un système limité à une *série d'idées* particulières, les opérations intellectuelles et l'intelligence dans son ensemble paraissant normales ; c'est par là que le délire *partiel* s'oppose au délire *généralisé* (manie, mélancolie), qui attire tout d'abord l'attention par la perturbation générale de toutes les fonctions mentales.

Mais ce caractère de trouble partiel n'est que relatif, il doit s'entendre de l'*extension du délire* et non de l'étendue de la lésion intellectuelle ; le délire ne se manifeste qu'*à propos* de certaines séries d'idées, mais l'esprit est faussé dans son ensemble, il est incapable d'apprécier exactement et de rectifier les éléments faux qui l'envahissent. La faculté critique est abolie au point que ces éléments faux, pour peu qu'ils rentrent dans le système morbide, ne sont même pas distingués des idées saines : « Les perceptions réelles et les conceptions fausses se combinent dans la conscience, pour laquelle elles ont le même résultat et la même valeur » (Schüle). L'intelligence est donc lésée dans sa fonction essentielle et générale : « Sur la base de prémisses fausses, elle écha-

faude un édifice d'illusions dont le fondement et les pierres ne sont que des fictions, malgré toute la correction dans l'exécution de l'architecture » (Krafft-Ebing).

Aux idées délirantes s'ajoutent, dans la plupart des cas, des *hallucinations*.

Quand les délires systématisés ou partiels sont la première manifestation de la déviation intellectuelle qui leur donne naissance, ils constituent les délires *primitifs*, de beaucoup les plus importants. Mais ils peuvent aussi n'apparaître que consécutivement à un trouble mental d'une autre nature, ordinairement à un accès de manie ou de mélancolie : on les dit alors *secondaires*, post-maniaques, post-mélancoliques (paranoïa secondaire). Le *délire des négations* de Cotard, en est une des formes les mieux décrites. Griesinger avait d'abord considéré la folie systématisée comme toujours secondaire [1]. Par une réaction excessive, à leur tour les délires systématisés secondaires sont niés à la suite des travaux de Snell, de Sander, de Westphal. Leur existence n'est cependant pas contestable, et d'ailleurs elle n'est plus contestée aujourd'hui [2].

L'étude des délires systématisés primitifs est née en France, des travaux d'Esquirol, de Lasègue, de Morel, de Falret père.

Le mémoire de Lasègue sur le *délire des persécutions* (1852) peut être considéré comme la première bonne description d'un délire systématisé primitif. Morel étudie, dans ses *Études cliniques* (1852) et dans son *Traité des maladies mentales* (1860), la transformation du délire hypochondriaque en délire de persécution et en délire de grandeur ; il rattache ces délires tantôt aux aliénations héréditaires et tantôt aux névroses (épilepsie, hystérie, hypochondrie).

Falret père aborde la question à un point de vue général, et il admet *trois étapes* ou périodes dans la marche de l'*aliénation partielle*, quelle que soit la formule délirante : « La période d'*incubation* de la folie représente, dit-il, la première phase dans l'évolution de l'idée fixe. Aussitôt que la folie est déclarée... le malade s'attache à une série d'idées déterminées ; il est sans doute toujours susceptible de délirer dans une foule de directions, mais l'idée principale à laquelle il s'est arrêté devient le centre commun autour duquel convergent la plupart de ses pensées et de ses réflexions ; il entoure cette idée prédominante de tous les points d'appui, de tous les motifs qui peuvent la légitimer ; il combine dans son esprit tous les éléments du véritable roman qu'il élabore,... et il arrive petit à petit à une véritable *systématisation* de son délire. Ce travail de systématisation de l'idée fixe constitue la période vraiment aiguë des maladies mentales... Lorsque les malades, loin d'ajouter chaque jour à l'idée prédominante de nouveaux compléments, de l'appuyer de preuves nouvelles,.. se bornent à la répéter à tout venant, exactement sous la même forme et avec les mêmes expressions, lorsqu'en un mot, le

[1] Griesinger. *Traité des maladies mentales*, traduct. Doumic, 1865, p. 382.

[2] Voir l'excellent *Rapport sur les délires systématisés secondaires*, par Anglade, Congrès de Marseille, 1899.

délire est complètement *stéréotypé,* alors commence pour nous la période vraiment chronique des maladies mentales. On voit successivement disparaître, avec l'activité intellectuelle des périodes précédentes, le fond maladif de la sensibilité,.. il ne reste plus qu'un délire stéréotypé, présage certain d'une ruine plus ou moins prochaine de l'intelligence ! [1] »

Nous avons tenu à citer ce passage, parce que les phases évolutives du délire partiel, que Falret père y expose avec tant de netteté, ont été admises depuis, sous des noms différents, par les auteurs contemporains, non pas seulement en France, mais aussi en Allemagne et en Italie.

En France, les idées de Falret père sont soutenues par J. Falret, qui modifie légèrement la division en périodes indiquées par son père pour l'appliquer à la description du délire de persécution progressif, considéré comme le type des délires systématisés. Nous reviendrons plus longuement tout à l'heure sur ce point particulier. Il nous suffira de rappeler ici que, pour notre excellent maître, le délire de persécution systématisé, à évolution régulière, peut se développer chez des sujets rentrant dans la classe des héréditaires prédisposés, ainsi que l'avait déjà indiqué Morel, et que les futurs persécutés présentent souvent dès l'enfance, dans leur caractère et dans leurs dispositions intellectuelles, les premiers linéaments de leur état morbide.

A. Foville montre l'importance du délire systématisé dans la *Folie avec prédominance du délire des grandeurs* (1871)[2]. Legrand du Saulle développe les idées de Lasègue sur le délire des persécutions (1871)[3]. M. Garnier consacre sa thèse inaugurale aux rapports des délires de grandeur et de persécution[4].

Les délires systématisés sont dès lors entrés dans les ouvrages classiques français. Dagonet, le professeur Ball leur consacrent une description particulière et en distinguent plusieurs formes : délire de persécution, délire des grandeurs ou mégalomanie, délire mystique, etc.

Magnan[5] s'écarte des idées admises par les auteurs précédents et se rapproche à un certain point de vue de la conception allemande de la paranoïa. Il distingue deux groupes de délires partiels. L'un, le plus important, comprend ceux de ces délires qui sont primitifs et chroniques ; c'est le *délire chronique à évolution systématique.* Le second groupe, qui comprend tous les délires systématisés aigus, fait partie des *délires dégénératifs.* Entre ces deux groupes, Magnan établit une opposition absolue[6]. « Délire chronique et dégénérescence s'opposent l'un à l'autre en totalité. Qui dit délire chronique exclut par ce fait même la dégénérescence ».

Depuis les travaux de Magnan, les rapports des délires systématisés primitifs avec les états de dégénérescence ont donné lieu, en France, à de

[1] J. P. Falret. Des maladies mentales, Paris, 1864, p. 193.
[2] *Étude clinique sur la folie avec prédominance du délire des grandeurs,* 1871.
[3] *Le délire des persécutions,* Paris, 1871.
[4] P. Garnier. Des idées de grandeur dans le délire des persécutions. *Th. Paris,* 1877.
[5] *Leçons sur les maladies mentales,* 1882-1891.
[6] *Leçons cliniques sur les maladies mentales.* 2e série, 1897, p. 9.

nombreuses controverses. Les longues discussions qui se sont produites, en 1887 et 1888, à la Société médico-psychologique, ont montré combien le désaccord était grand. Si Garnier, Briand, Saury, Legrain, Marandon de Montyel, etc., adoptent à peu près absolument les idées de Magnan, Camuset, Cotard, Bouchereau font des réserves plus ou moins importantes. Le professeur Ball réfute la théorie du « délire chronique » et soutient l'opinion de Falret. Même parmi les élèves de Magnan, il en est qui admettent des cas de transition entre les « délires des dégénérés » et le « délire chronique ». C'est ainsi que Legrain décrit des « délires à évolution chronique chez les dégénérés »[1], et que Dericq pense « qu'il n'est pas tout à fait rare de rencontrer chez un faible d'esprit un délire chronique, non point qu'il s'agisse d'un délire dont la durée serait le seul caractère, mais de cette espèce particulière d'aliénation mentale dont la marche régulière, plus ou moins lente, conduit d'étape en étape le malade jusqu'à la démence. Un caractère de ce délire progressif chez un débile est d'être confus, peu logique, mal coordonné... toutefois la succession des périodes n'est point troublée »[2].

Séglas rapporte des faits prouvant que des signes non douteux de dégénérescence peuvent se rencontrer chez les « délirants chroniques » les plus authentiques ; il en conclut légitimement, d'accord en cela avec Falret, qu'il n'y a pas, entre ces deux catégories de malades, le contraste que Magnan a voulu y voir.

Régis réunit, par une conception analogue à celle de Magnan, les différents délires partiels chroniques en une seule espèce morbide, la *folie partielle* ou *essentielle*, comprenant autant de variétés qu'il s'y rencontre de formules délirantes[3]. Régis sépare ces délires de ceux qui se développent chez les *dégénérés*.

Cullerre, G. Ballet, tout en acceptant dans son ensemble la manière de voir de Magnan, font de notables réserves.

En passant en Allemagne et de là en Italie, la conception des psychoses systématiques se développe, se complète, mais se complique aussi singulièrement, les auteurs employant des termes différents pour désigner les mêmes choses, ou appliquant les mêmes termes à des choses différentes.

Snell décrit en 1865, sous la dénomination de *primare Wahnsinn*, une forme de délire systématisé primitif, caractérisé par des idées de persécution et de grandeur, accompagnées d'hallucinations.

En 1868, Sander établit une autre forme de délire systématisé primitif qu'il appelle la *Verrucktheit originare ;* cette forme remonterait à l'enfance, ne se montrerait que chez des sujets anormaux, déséquilibrés, et s'accompagnerait souvent de perversions sexuelles.

Westphal (1878) admet les deux formes précédentes, l'une et l'autre chro-

[1] Legrain. Du délire chez les dégénérés. *Th. Paris*, 1886.

[2] Dericq. De la coexistence de plusieurs délires chez le même aliéné. *Th. de Paris*, 1886. p. 40.

[3] Régis. *Manuel pratique de médecine mentale.*

niques, mais il y ajoute une *forme aiguë*. Comme Sander, il désigne ces diverses formes sous le nom commun de *Verrucktheit*.

Krafft-Ebing adopte le terme générique de *Paranoïa*, pour désigner le délire systématisé en général (1879). Repoussant absolument l'existence de la paranoïa aiguë, il ne reconnaît que les *formes chroniques primitive* et *secondaire*. La paranoïa *primitive* est *originaire* quand elle débute dans l'enfance; elle est *tardive* quand elle apparaît au cours du complet développement psychique. La paranoïa *secondaire*, beaucoup moins importante que la primitive, serait une des terminaisons de l'hypochondrie, de la manie, surtout de la mélancolie.

Krœpelin (1883) accepte à peu près les idées de Krafft-Ebing, mais il décrit les délires systématisés, comme Sander et Westphal, sous la dénomination de *Verrucktheit ;* il admet une forme primaire et une forme secondaire chroniques, et il n'accepte pas les formes aiguës.

Mendel (1883) reprend le terme de *Paranoïa*, comme rubrique commune aux délires systématisés. Il divise la *paranoïa primitive* en deux formes : aiguë et chronique, chacune de ces formes comprenant deux variétés, variété simple et variété hallucinatoire. Il décrit aussi une *paranoïa secondaire*, d'une importance bien moindre.

Avec Schüle (1886), nous retrouvons le terme *Wahnsinn*, déjà employé par Snell ; Schüle l'applique aux *délires systématisés aigu*, *chronique* et *stupide*. Quant à la forme originaire de Sander, il lui conserve le nom que lui avait donné son auteur : *originare Verrucktheit*.

Comme si ce n'était pas assez des difficultés qui proviennent de la description, sous des noms différents, de formes aussi nombreuses, la question du terrain qui donne naissance aux délires systématisés a pris en Allemagne une importance considérable, introduisant un nouvel élément de confusion.

Sander, Westphal, Krœpelin, Mendel classent le *délire systématisé originaire* de Sander (Verrucktheit ou Paranoïa originaire) dans les *psychoses dégénératives*, développées sur un fonds mental héréditairement défectueux. Les autres formes restent en dehors des dégénérescences.

Pour Krafft-Ebing, au contraire, toutes les formes de *paranoïa* qu'il admet sont fonction de dégénérescence.

Schüle adopte une position intermédiaire. Il range dans les psychoses dégénératives la *Verrucktheit originaire* de Sander, mais il ne classe les autres formes de délire systématisé, qu'il réunit sous l'appellation de *Wahnsinn*, ni dans les psychonévroses pures, (cerveau valide), ni dans les dégénérescences ; il leur fait une place dans les *cérébro-psychoses* (cerveau invalide).

Nous retrouvons chez les auteurs italiens à peu près la même complexité et les mêmes divergences.

TABLEAU II

CLASSIFICATION DES DÉLIRES SYSTÉMATISÉS

CLASSIFICATION ALLEMANDE					ÉQUIVALENTS FRANÇAIS	
Wahnsinn. (Snell, Schüle).						
Verrucktheit. (Sander, Westphal, Krœpelin.)						
Paranoïa. (Krafft-Ebing, Mendel, Morselli; Tamburini, etc.).						
Paranoïa primitive. Wahnsinn. Verrucktheit.	Chronique.	Originelle. (Originäre Verrucktheit de Sander, Westphal, Schüle.)			Mégalomanie. (Dagonet et Ball.) Délire systématisé des dégénérés débiles. (Magnan).	
		Tardive ou acquise.	Dépressive, avec délire de persécution.	Forme typique.	Délire de perécution à évolution systématique (type Lasègue Falret). Délire chronique. (Magnan.)	
				Délire quérulant.	Persécutés-persécuteurs raisonnants (type Falret).	
			Expansive, avec délire de grandeur.	des inventeurs.	Mégalomanie.	Délires systématisés des dégénérés. (Magnan.)
				Religieux.	Délire systématisé religieux.	
				Érotique.	Folie érotique. (Ball.)	
	Aiguë.	Simple. Hallucinatoire (avec confusion mentale).			Délires systématisés aigus. Certains cas de confusion mentale hallucinatoire.	Délire d'emblée des dégénérés. (Magnan.)
Paranoïa secondaire.		à mélancolie. à manie. à paranoïa aiguë.			Délires systématisés post-mélancoliques. Délires systématisés post-maniaques. Manie chronique, démence.	
Paranoïa abortive ou rudimentaire. (Westphal, Arndt, Morselli, Tamburini).		Idées fixes. États obsédants.			Folie du doute avec delire du toucher, agoraphobie, obsessions et impulsions diverses. Syndrômes épisodiques de la dégénérescence. (Magnan.)	

A l'exemple de Krafft-Ebing, Morselli et Buccola (1883), Tanzi et Riva (1884-1886) considèrent comme étant de nature dégénérative les différentes variétés de *paranoïa.*

Amadei et Tonnini (1883) admettent deux formes de *paranoïa* : la forme *dégénérative* et la forme *psychoneurotique,* cette dernière souvent curable.

Enfin, Raggi (1884) sépare complètement la *paranoïa* et les psychoses des dégénérés.

Ajoutons que certains auteurs, en Allemagne et en Italie, considèrent les *idées fixes* (doute, obsessions, impulsions) comme une forme de *paranoïa.* Westphal, en 1878, Arndt, en 1883, ont les premiers désigné ces états psychopathiques sous le nom de *paranoïa abortive,* de *paranoïa rudimentaire.*

Salgo, Morselli. Tamburini, Tanzi et Riva, etc., se rallient à cette manière de voir[1].

Dans un important travail, le portugais J. de Mattos (2) range la *paranoïa* dans la dégénérescence ; il regarde aussi l'obsession comme une forme abortive de paranoïa.

Nous avons combiné, dans le tableau ci-joint (Tableau II), les principales classifications allemandes des délires systématisés, avec les équivalents français en regard, de façon à simplifier autant que possible cette question que l'on semble avoir compliquée comme à plaisir.

Laissant de côté les controverses théoriques pour nous en tenir aux données certaines et reconnues par tous de l'observation clinique, nous admettrons *deux groupes* de délires systématisés, établis d'après l'évolution : les délires systématisés *aigus* et les délires systématisés *chroniques*. Dans chacun de ces groupes, le contenu du délire, la nature des idées délirantes permettent de distinguer un certain nombre de formes : délire de persécution, de grandeur, hypochondriaque, mystique, etc.

Ces deux groupes de délires systématiques ne se distinguent pas seulement par leur mode de développement et par leur marche. Ils diffèrent encore, et ceci a une importance pratique considérable, par leur terminaison : tandis que les délires chroniques sont permanents, à peu près absolument incurables, les délires aigus, au contraire, sont transitoires et, au moins quand on considère un accès isolé, le plus généralement curables.

Nous groupons dans le tableau III les diverses formes de délire systématisé dont nous donnerons la description.

TABLEAU III

DÉLIRES PARTIELS OU SYSTÉMATISÉS

PARANOÏA DES ALLEMANDS

I. — DÉLIRES SYSTÉMATISÉS AIGUS. — Paranoïa aiguë.

II. — DÉLIRES SYSTÉMATISÉS CHRONIQUES. Paranoïa chronique.

- 1° *Dépressifs.*
  - Persécutés à évolution systématique.
    - Forme typique de Lasègue-Falret et délire chronique de Magnan.
    - Forme psycho-motrice (Séglas).
  - Persécutés auto-accusateurs et persécutés mélancoliques.
  - Délire d'auto-accusation systématisé primitif.
  - Délire hypochondriaque systématisé.
- 2° *Expansifs.*
  - Ambitieux (Mégalomanie).
  - Religieux.
  - Erotique.

[1] Pour l'exposé et la discussion de ces questions de doctrine, voir principalement : Séglas, La paranoïa, in *Archiv. de Neurol.*, 1887, t. XIII. Keraval. Les délires plus ou moins cohérents désignés sous le nom de paranoïa, *Archiv. de Neurol.*, 1894-1895. Séglas, *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, Paris, 1895. Roubinovitch. *Variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne*, Paris, 1896.

[2] J. de Mattos. *A Paranoaï*, Lisbonne, 1898.

A. — DÉLIRES SYSTÉMATISÉS AIGUS

Verrucktheit aiguë (Westphal). Paranoïa acuta ou acuter Wahnsinn (Schule). Paranoïa acuta (Mendel). Hallucinatorishe Wahnsinn (Krafft-Ebing). Delusional stupor (Newington). Délires systématisés d'emblée des dégénérés (Magnan).

La question des *délires systématisés aigus* est une de celles qui divisent le plus les auteurs contemporains. Chacun d'eux envisage ces délires à son point de vue particulier, et les divergences ne portent pas seulement sur les mots, elles portent sur les faits eux-mêmes et sur la signification qui leur convient.

D'une façon générale, on désigne sous le nom de *paranoïa aiguë*, de *délire systématisé aigu* ou *d'emblée*, des états délirants caractérisés par un développement brusque, par des troubles intellectuels primitifs (idées délirantes avec ou sans hallucinations), par une réaction émotionnelle (excitation ou dépression) consécutive à ces troubles intellectuels, enfin par un état de confusion mentale plus ou moins profonde et surtout fréquente au début de la maladie. Les conceptions délirantes sont considérées comme systématisées, en ce sens qu'elles sont primitives, qu'elles présentent les caractères du délire partiel, et qu'elles déterminent une certaine direction de l'humeur et des réactions générales. Mais cette systématisation est ordinairement faible, elle n'a jamais, en tout cas, la cohésion et le développement logiques du délire systématisé chronique.

Ce qui achève de différencier ces formes délirantes, c'est leur marche rapide, le défaut d'évolution véritable et leur guérison fréquente.

Jusque-là, les auteurs sont à peu près d'accord, bien que nous constations déjà des divergences sur le point de savoir si le terme « systématisé » convient à ces délires. La plupart des auteurs admettent un certain degré de systématisation. Mais Krafft-Ebing ne pense pas qu'il y ait systématisation véritable, bien qu'il reconnaisse que « des délires d'une certaine durée et d'une certaine cohésion puissent se développer » dans les cas dont il s'agit, que souvent les malades « prétendent être envoûtés, ensorcelés, hypnotisés. »

Le désaccord s'accentue lorsqu'il s'agit des modes de terminaison. Tandis que Westphal, Schüle, Mendel, Jastrowitz, Cramer, Jolly, etc., etc., pensent que la *paranoïa aiguë* est susceptible de se transformer, après un ou plusieurs accès, en *paranoïa chronique*, Krafft-Ebing repousse énergiquement cette manière de voir : « Je n'ai jamais observé, dit-il, de cas de transition à la paranoïa systématique. Cela n'est guère imaginable, même en théorie... Il s'agit de processus tout à fait différents ». Magnan partage sur ce point l'opinion de Krafft-Ebing, et il oppose d'une manière absolue son « délire chronique » aux « délires des dégénérés », dont le délire d'emblée, systématique ou non, est une des formes caractéristiques; pour lui, un délire systématisé aigu ne se transforme jamais en « délire chronique ». Cependant, un élève de Magnan, Legrain, dans son excellente thèse, que nous citons plu-

sieurs fois, indique le passage « à un délire à évolution chronique » parmi les différents modes de terminaison du délire d'emblée.

Les opinions diffèrent davantage encore lorsqu'il s'agit de déterminer la place du délire systématisé aigu dans les classifications.

Un grand nombre d'auteurs allemands et italiens en font une variété de *paranoïa* et le rangent soit dans les psychoses dégénératives, soit, comme Schule, dans les psychonévroses « du cerveau invalide ». Krafft-Ebing, qui classe la *paranoïa chronique* dans les dégénérescences, en éloigne les délires qui nous occupent et les réunit, sous le nom de « délire hallucinatoire » (Hallucinatorishe Wahnsinn), aux psychonévroses pures, à la suite de la stupidité. Morselli adopte une opinion semblable. Magnan, contrairement à l'opinion de Krafft-Ebing, place dans la « folie des dégénérés » tous les délires d'emblée, tandis qu'il en sépare rigoureusement « le délire chronique » ; dans sa classification, la *paranoïa aiguë* des auteurs allemands correspond au « délire multiple, polymorphe, sans évolution déterminée des dégénérés ».

Les relations que présentent les delires systématisés aigus avec les états de *confusion mentale* (Verwirrtheit, de Fritsh et de Wille; Amentia, de Meynert) ont aussi donné lieu à de nombreuses controverses. Tandis que Werner sépare complètement ces deux états, Kirchhoff, Ziehen, etc., montrent la fréquence du syndrome confusion dans la forme hallucinatoire du délire systématisé aigu, soit au début et comme phénomène primitif, soit au cours de l'affection et à titre de complication secondaire. Chaslin englobe les différentes formes de ces délires dans sa « Confusion mentale primitive », qu'il définit « une forme de maladie mentale, aiguë ordinairement, qui n'est ni de la manie, ni de la mélancolie, qui doit être attribuée à l'épuisement rapide et brusque du système nerveux central, et qui doit être séparée de ce qu'on appelle la dégénérescence. C'est une forme intermédiaire entre les psychoses et les folies à lésions accentuées et profondes... Au point de vue psychique, elle est essentiellement caractérisée par la confusion des idées... Elle peut être ou non accompagnée d'agitation motrice, ou de dépression, ou de stupeur. Le ton émotionnel est souvent indifférent, ou, au contraire présente des variations brusques. Elle a la plus grande analogie avec les délires par intoxication chronique [1]... ».

Séglas, qui a consacré une intéressante leçon [2] à l'étude de la *paranoïa aiguë*, admet son existence en tant que délire systématisé. Il rapporte, entre autres, deux observations, de nature, dit-il, à « convaincre qu'il existe des faits évoluant d'une façon aiguë..., et rappelant les traits principaux de la paranoïa chronique. » Quant aux rapports de cette forme avec la confusion mentale, Séglas se rallie à l'opinion de Kirchhoff et de Ziehen; pour lui, les faits réunis sous le titre de paranoïa aiguë appartiennent à trois catégories principales : les uns sont complètement étrangers à la confusion mentale

[1] Chaslin. *La confusion mentale primitive.* Paris, 1895.

[2] Séglas. *Leçons cliniques sur les maladies mentales.* Paris, 1895, (14e leçon).

primitive; les autres se rattachent à cette dernière affection; d'autres enfin, distincts des deux formes précédentes, seraient des cas « de délire hallucinatoire avec confusion mentale secondaire. »

La description du délire systématisé aigu se ressent nécessairement de toutes ces divergences d'opinion. Schüle a voulu établir dans ce groupe un peu confus un certain nombre de divisions et de subdivisions. Il distingue d'abord cinq variétés [1] :

1° Le délire systématisé aigu sensoriel avec hallucinations.

2° Le délire systématisé aigu mélancolique (démonomaniaque).

3° Le délire systématisé aigu maniaque.

4° Le délire systématisé aigu avec status attonitus (catatonie).

5° Le délire systématisé aigu avec stupeur, ou stupeur hallucinatoire.

Chacune de ces variétés comprend des formes ou types secondaires. Au total, Schüle n'en établit pas moins de *quinze* (délire ambitieux, délire de persécutions, délire dépressif, puis expansif, délire hypocondriaque, délire expansif religieux, dépressif religieux (démonomaniaque), etc., etc.

Il n'apparaît pas que cette analyse poussée très loin ait éclairci la question, si même elle n'en augmente pas les obscurités, car elle aboutit en définitive à décrire autant de variétés qu'il y a de malades. On pourrait, en prenant en considération les conceptions délirantes dominantes, indiquer un certain nombre de variétés dans les délires systématisés aigus. On aurait ainsi des délires aigus de *persécution*, de *grandeur*, *religieux*, *hypocondriaque*, d'*auto-accusation*, etc. Mais, en réalité, ce sont les *formes mixtes* qui se rencontrent le plus souvent, ces délires sont essentiellement *polymorphes;* ils sont, de plus, mobiles, *protéiformes*, les idées délirantes se succèdent et se remplacent sans ordre déterminé. Il est donc bien évident que ce qui importe ici c'est moins la formule délirante que les caractères d'ensemble de la maladie, c'est-à-dire son mode d'apparition et de développement, sa marche et sa terminaison. Aussi, à l'exemple de la plupart des auteurs, nous en tiendrons-nous à une description générale des délires systématisés aigus. Ces caractères généraux permettront de se reconnaître, dans les cas particuliers, quelle que soit la nature des idées prédominantes et des réactions du malade.

Étiologie. — Comme dans toutes les psychoses constitutionnelles, l'*hérédité* exerce une influence plus ou moins profonde sur le développement des délires systématisés aigus. Dans certains cas, l'influence héréditaire est intense et précoce, les sujets ont présenté de tout temps les caractères des états dits héréditaires ou dégénératifs (déséquilibration mentale, bizarreries, obsessions, impulsions, etc.). Il suffit alors de la cause occasionnelle la plus légère pour déterminer l'explosion délirante : une émotion quelconque, le retour des règles, une intoxication minime, une fatigue qui, chez d'autres sujets, ne laisserait aucune trace. Parfois même, on ne peut retrouver aucune cause

[1] *Traité clinique des maladies mentales*, traduction française, 1888, p. 167 et suiv.

déterminante appréciable; c'est le cas pour les véritables *délires d'emblée* (Magnan).

Mais, dans d'autres cas, l'hérédité, demeurée latente, n'avait pas fait sentir son action avant l'apparition du délire. C'est dans ces circonstances que l'on se trouve en présence de causes déterminantes plus réelles. Il s'agit le plus souvent d'affections fébriles, d'infections et d'intoxications, soit externes, soit internes; la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, la pneumonie, surtout chez les buveurs, la puerpéralité, l'alcoolisme subaigu et chronique, interviennent le plus souvent.

Symptômes et marche. — La caractéristique de ces délires est d'apparaître brusquement et d'arriver d'emblée à un état d'organisation, de complication qui suppose d'ordinaire une longue préparation antérieure. Quelques jours, parfois quelques heures suffisent à la constitution d'un délire, accompagné ou non d'hallucinations, et qui présente une extension très considérable.

Le *début* est toujours marqué par un besoin de mouvement, par une agitation plus ou moins vive, même quand le délire est à base mélancolique et dépressive.

La nature des conceptions délirantes est très variable. Le plus souvent, il s'agit d'idées de persécution, quelquefois isolées, mais habituellement compliquées d'idées de grandeur. Les idées mystiques, les idées érotiques, les tendances mélancoliques, les préoccupations hypochondriaques, sont également très fréquentes.

Il peut se faire que le délire soit réduit à une seule idée, ou, du moins, qu'une idée joue le rôle essentiel, tout en s'accompagnant d'idées accessoires, secondaires. C'est ce que l'on observe parfois chez les sujets à prédispositions marquées, chez lesquels apparaissent brusquement, pour disparaître aussi très vite, des *bouffées délirantes* sous forme d'idées de grandeur, ou de persécution, ou d'auto-accusation.

Mais ce n'est pas le cas habituel, et, d'ordinaire, le délire systématisé aigu comprend un certain nombre d'idées délirantes, de formule différente, plus ou moins coordonnées. Les *idées de persécution* sont presque constantes dans ces cas; assez souvent, elles reposent sur des idées *hypochondriaques*, soit complètement imaginaires, soit légitimées en partie par une malformation, par une infirmité, par une maladie réelle et devenue pour le malade un sujet de préoccupation exagérée. On observe parfois alors des idées de suicide très intenses qui déterminent des tentatives fréquentes et subites; ces hypochondriaques persécutés à systématisation aiguë sont très dangereux à ce point de vue. Plus souvent encore, les idées de persécution sont en rapport avec des *idées de grandeur*. Le sujet se figure qu'il est un personnage considérable, jusque-là méconnu, que ses parents officiels ne sont pas ses vrais parents et qu'il a été victime d'une substitution d'enfant. Il n'est pas rare d'observer des idées de grandeur à tournure *mystique;* le malade s'attribue une mission sacrée, il en a eu la révélation par Dieu, par la Vierge, par un ange.

Toutes ces idées se succèdent ou s'enchevêtrent sans ordre logique, au hasard des hallucinations, des associations les plus fantaisistes et les moins fondées. Un geste, un mot entendu, une lecture, une prétendue ressemblance suffisent à leur donner naissance. Précisément parce qu'elles se développent rapidement, sans être préparées par une incubation suffisante, elles ne sont pas rigoureusement coordonnées, elles ne présentent qu'une systématisation faible ou nulle. Le malade improvise, en quelque sorte, les rapports réciproques de ces différentes idées, et l'on ne retrouve pas ici l'enchaînement et la succession logiques qui distinguent les délires systématisés chroniques, à racines profondes, à évolution lente et progressive. Par exemple, les idées de grandeur peuvent, comme dans les délires chroniques, apparaître à la suite des idées de persécution, dont elles fournissent une explication plus ou moins plausible. Mais il est tout aussi fréquent de les voir se développer les premières; puis, viennent les idées de persécution, qui, à leur tour, les expliquent. Dans le premier cas, le malade est persécuté parce qu'on veut lui cacher sa situation réelle, parce qu'on veut l'empêcher d'y arriver. Dans le second cas, c'est parce qu'il s'est élevé qu'on veut l'abaisser, on est jaloux de lui, on veut lui ravir un bien qu'il possède ou qu'il connaît déjà.

Ces délires, dépourvus de racines profondes, d'attaches lointaines avec la personnalité du sujet, se modifient parfois très brusquement : « Tel malade qui était hier ambitieux est aujourd'hui persécuté, dans quelques jours, il sera hypochondriaque » (Magnan). Le délire ambitieux n'a ici ni l'importance, ni la fixité qu'il présente dans les psychoses systématisées chroniques ; il varie d'intensité, il peut cesser pendant un certain temps pour reparaître ensuite, il peut enfin disparaître complètement et définitivement. La même chose peut être observée pour toutes les conceptions délirantes, quel que soit leur contenu. Le *polymorphisme* et la *mobilité* du délire sont deux traits caractéristiques des psychoses systématisées aiguës.

A côté des idées délirantes proprement dites (idées de persécution, de grandeur, mystiques, etc.), il existe un très grand nombre d'*interprétations délirantes,* fondées sur les apparences les plus lointaines, sur les rapports les plus superficiels, les plus fantaisistes. La disposition des objets sur une table, des meubles d'un appartement, la couleur d'une étoffe, etc. ; les incidents les plus fortuits prennent aux yeux des malades une signification personnelle et considérable, à laquelle ils conforment ordinairement leur conduite.

Dans certains cas, il n'y a pas d'hallucinations, c'est le *délire systématisé aigu simple* (paranoïa acuta simplex). D'après Mendel, les idées delirantes sont alors presque toujours des idées de persécution, et le début de la maladie est particulièrement rapide. La forme simple, sans hallucinations, du délire systématisé aigu ne s'observe guère que chez des sujets à intelligence débile ou accidentellement affaiblie.

Deux exemples, empruntés à la thèse de Legrain, sont caractéristiques de cette forme aiguë, sans hallucinations.

Un jeune homme, âgé de trente ans, se découvre, en novembre 1885, une certaine ressemblance avec le Prince Impérial. L'idée lui vient de se faire

passer pour lui. Il se prend bientôt au sérieux, se persuade que Napoléon IV n'est pas mort, et il écrit à l'Impératrice, en lui envoyant sa photographie. Il se fait arrêter à la Préfecture de police en venant réclamer la réponse à sa lettre adressée à l'impératrice. En trois jours, ses idées délirantes ont disparu.

Un autre malade présente en peu de temps un très grand nombre d'idées délirantes qui coexistent ou se succèdent sans aucun ordre, sans présenter trace d'évolution : idées de persécution et de grandeur, à peu près contemporaines; idées hypochondriaques. Les idées de grandeur dominent (le malade se dit fils du Maréchal de Mac-Mahon), mais, tandis qu'à certains jours elles existent seules, elles disparaissent ensuite pendant quelque temps pour reparaître de nouveau. De même pour les idées hypochondriaques et de persécution. Le polymorphisme du délire est aussi net que possible. (Legrain. *Th. citée.*)

Il est plus habituel d'observer des hallucinations (paranoïa acuta hallucinatoria). Elles sont ordinairement nombreuses et multiples, auditives, gustatives, visuelles, ces dernières surtout en rapport avec les idées mystiques, elles déterminent souvent des actes impulsifs, elles influencent profondément l'humeur et les dispositions des malades. Tandis que, dans la forme simple, la conscience est peu atteinte, elle est, au contraire, troublée, plus ou moins obnubilée dans la forme hallucinatoire. Cette dernière aurait aussi, d'après Mendel, un développement moins brusque, elle serait précédée de quelques prodromes : irritabilité, insomnie, dépression, après lesquels apparaîtraient à peu près simultanément, au milieu d'un état d'excitation plus ou moins violente, avec confusion mentale assez intense, les hallucinations et le délire. Les hallucinations sont d'ailleurs mobiles et variables comme les conceptions délirantes elles-mêmes, elles se modifient à la manière des phases d'un rêve (Schule.) La rapidité de succession et la mobilité de ces phénomènes morbides troublent profondément la conscience des malades ; ils n'ont pas le temps de se reconnaître, ils sont désorientés dans le temps comme dans l'espace, et cet état de confusion, qui peut aller jusqu'à la stupeur, masque parfois complètement la coordination réelle et la systématisation au moins relative des idées délirantes. Mais bientôt, cette sorte d'effervescence hallucinatoire et délirante s'apaise, la confusion diminue ou disparaît, et la physionomie véritable du délire apparaît.

Les réactions émotionnelles sont sous la dépendance des conceptions délirantes et des hallucinations. Contrairement à ce qui se passe dans la manie et dans la mélancolie, elles se développent secondairement, et elles suivent les variations des troubles intellectuels primitifs. Aussi, l'humeur des malades est-elle très inconstante; les dispositions les plus variées, parfois les plus contradictoires, se mêlent et se combattent.

En résumé, dans le délire aigu systématique, le délire est ordinairement polymorphe et la systématisation en est faible, quand elle ne fait pas à peu près complètement défaut; les facultés logiques sont amoindries, la conscience est obnubilée, et le trouble intellectuel dans son ensemble ne présente ni la limitation ni la netteté de contours du délire partiel chronique (Schule, Kor-

sakof, Magnan). On a rapproché le délire systématisé aigu des psychonévroses à délire généralisé (Korsakof, Schule), et nous avons dit plus haut que Chaslin le considérait comme une forme intermédiaire.

Nous résumons une observation de Magnan, qui montre bien la physionomie d'un délire ambitieux de cette nature chez un débile.

N..., âgé de quarante-cinq ans est un enfant naturel. Il dit que son père devait être un personnage important, car il venait le voir en nourrice dans une voiture à deux chevaux. D'intelligence débile, il apprend l'état de sabotier, et il a toujours été un peu la risée de ses compagnons. Il y a quatre ou cinq ans, on lui conseille ironiquement d'aller à Lourdes, boire de l'eau miraculeuse, qui pourrait « lui faire du bien ». Il y va, en effet, boit plusieurs verres d'eau avec une vive émotion. *Dès le lendemain,* il se sent devenu artiste, il compose des poésies, et il recommence son existence vagabonde d'autrefois. Pour vivre, il chante dans les villages, il imite l'homme des bois, les grimaces des singes. Il représente des faits d'armes par la voix et par les gestes, prétendant imiter le fracas des batailles. Il personnifie les grands généraux de la Révolution et de l'Empire, il représente à lui seul « le passage du pont d'Arcole », les clameurs des soldats, le bruit du canon, etc. Ces exercices le fatigant beaucoup, il s'adonne aux boissons alcooliques pour se fortifier. Il finit par se faire arrêter sur la voie publique, après un scandale. A l'asile, il raconte les analogies de son histoire et de celle de Jeanne d'Arc. Ses idées sont complètement décousues, il entrecoupe son récit de citations étranges, de couplets, de chansons. Il annonce qu'il va prochainement devenir peintre. Par moments, il se dit prophète, mais un instant après il ne songe plus à ses prophéties. On l'occupe à l'atelier de cordonnerie, et avec des morceaux de cuir qu'il ramasse il prétend fabriquer une cathédrale, etc., etc.

Une autre observation, également empruntée aux *Leçons cliniques* de Magnan, est un exemple de délire systématisé ambitieux, avec hallucinations de l'ouïe, chez un sujet intelligent ; le fait se rapproche, par plus d'un point, des formes chroniques.

G..., ancien élève de l'Ecole Polytechnique, entre à l'asile à l'âge de vingt-trois ans. Il a toujours été d'humeur farouche, avec des goûts dépensiers, il s'est longtemps adonné à la masturbation. Habituellement sombre, triste, irritable ; est très orgueilleux ; sous-lieutenant d'artillerie depuis 8 mois à peine, il donne sa démission, parce quil n'avançait pas assez vite en grade. Ses prétentions ne tardent pas à s'exagérer encore : il porte dans sa poche un morceau de papier sur lequel était écrit : le roi G... Il commet des actes extravagants, il s'agite, et on l'arrête se proclamant Empereur. A l'asile, il prétend que sa mère n'est que sa mère adoptive ; sa vraie mère, une duchesse anglaise, est morte. Il est propriétaire d'une maison à Paris, il a pour intendant un prince russe, etc. Il entend parfois qu'on lui dit des injures. Un an après son entrée, son délire n'a pas varié. Quelques mois plus tard, il a une bronchite tuberculeuse, et tout délire cesse : il dit que ses anciennes idées étaient imaginaires, qu'il avait l'esprit dérangé, il sourit de tout cela. Il sort, ne conservant plus d'idées délirantes. Son délire avait duré *deux ans.*

La marche du délire systématisé aigu est éminemment irrégulière ; elle ne présente ni phases ni périodes définies. Nous avons déjà dit que la succession des phénomènes morbides n'obéissait à aucune loi appréciable, ne présentait aucune trace d'évolution cyclique, comme cela est, au contraire, la règle dans les psychoses chroniques systématisées. Les rémissions, les intermittences ne sont pas rares. Les idées délirantes se modifient, quelques-unes s'effacent pour un temps ou disparaissent tout à fait, remplacées ou non par des idées d'une autre nature, mais la physionomie générale du délire n'est pas sensiblement différente aux diverses époques de la maladie. Ajoutons que ces variations de détail sont notoirement influencées par les circonstances extérieures (situation du malade, entourage, installation matérielle, événements imprévus, etc.), au lieu d'être essentiellement déterminées par des modifications profondes de la personnalité, comme c'est le cas pour les délires chroniques.

La terminaison du délire systématisé aigu est souvent favorable, c'est-à-dire qu'après une durée quelquefois très longue, de plusieurs mois et même de plusieurs années (dans le fait de Magnan, rapporté plus haut, l'accès délirant a duré deux ans), les conceptions délirantes et les hallucinations peuvent disparaître rapidement, le calme revenir et le sujet se retrouver dans son état normal : c'est la guérison, que beaucoup d'auteurs (Magnan, Saury, Legrain) considèrent comme la terminaison la plus fréquente de ce délire.

Je ne puis m'empêcher de penser que l'on a singulièrement exagéré la curabilité des délires systématiques à développement rapide, à physionomie polymorphe et à marche irrégulière. On dit bien, il est vrai, que, s'ils guérissent, ils ont aussi une déplorable tendance à récidiver. Mais, ce qui me paraît précisément contestable, c'est la légitimité de la guérison de l'accès, c'est le retour complet à l'état normal. Il est facile de prouver, dans bien des cas où l'on a pu suivre les malades, que cette prétendue guérison n'est pas autre chose qu'une rémission plus ou moins satisfaisante, laissant subsister des interprétations fausses et même de véritables idées délirantes, que le malade dissimule et cache de son mieux, de façon à conserver toutes les apparences de la raison. Mais, d'une part, les personnes qui vivent avec le malade s'aperçoivent fort bien qu'il n'a pas recouvré son état antérieur, qu'il est, plus qu'avant son accès, bizarre, défiant, irritable ; et, d'autre part, lorsqu'une récidive se produit, on constate nettement que le délire se présente dans des conditions particulières et différentes : s'il contient tout ce qu'il contenait au premier accès, il s'y est ajouté quelque chose qui en est la suite logique. Non seulement l'accès consécutif ne recommence pas l'accès précédent tel quel, non seulement il n'est pas simplement soudé à lui, de façon à le continuer avec plus ou moins de régularité, mais des idées nouvelles s'y sont ajoutées, la systématisation en est devenue beaucoup plus étroite et, en même temps, plus étendue. Il est visible que le travail morbide s'est continué sourdement et dans le même sens, pendant la période considérée à tort comme une guérison, et que la maladie a parcouru comme une étape nouvelle. Dans ces cas, plus nombreux que ne l'indiquent les auteurs, il s'agit ordinairement de malades qui ont été perdus de vue et dont les accès successifs n'ont pas été

suivis par les mêmes observateurs ; l'on a pu croire de la sorte à de véritables guérisons, alors qu'il s'agissait de simples atténuations dans l'intensité du délire.

Ces réserves faites, la guérison n'en doit pas moins être admise parmi les terminaisons des délires systématisés d'emblée. Mais il est exceptionnel qu'un accès de ce genre reste unique dans la vie du malade. Les récidives ou les rechutes sont presque de règle.

Enfin, un autre mode de terminaison consiste dans le passage, après plusieurs accès ou après un accès prolongé d'allure rémittente, à un délire systématisé chronique parfaitement caractérisé. Cette transformation de la maladie est admise par la grande majorité des aliénistes allemands (Westphal, Schule, Mendel, Cramer, Jolly, Jastrowitz, etc.). Cependant Krafft-Ebing déclare qu'il n'a « jamais observé de cas de transition à la paranoïa chronique », et même il ajoute que « cela n'est guère imaginable[1] ». Magnan n'admet pas d'avantage cette transformation, et il oppse radicalement son « délire chronique » aux « délires des dégénérés ».

Si légitime que soit l'autorité de ces auteurs, leur manière de voir ne nous semble pas pouvoir être acceptée sur ce point. Elle nous paraît en contradiction avec certains faits d'observation. En fait, il existe des cas dans lesquels un délire systématisé à début et à marche rapide, à physionomie polymorphe et variable, se modifie, après une durée plus ou moins longue, se fixe dans une certaine direction, et prend tous les caractères d'un délire chronique, à tel point que, sans renseignements sur le mode de début, il serait impossible de le soupçonner. J'ai observé pour mon compte des faits de ce genre, et nous avons vu qu'un élève de Magnan, Legrain, rapporte des exemples assez nombreux de délires d'emblée aboutissant « à un délire à évolution chronique. » La conciliation entre ces deux opinions, en apparence exclusives, pourrait être trouvée dans ce fait que les délires systématisés chroniques *secondaires* se distinguent par leur allure et par certains symptômes des délires systématisés chroniques *primitifs*.

Diagnostic. — Suivant la prédominance de tel ou tel ordre de symptômes, les délires aigus systématiques peuvent emprunter la physionomie d'autres formes morbides, et particulièrement de la manie, de la mélancolie, de la confusion mentale hallucinatoire, enfin, du délire systématisé chronique.

La *manie simple* est précédée d'une période prodromique plus ou moins longue ; les malades éprouvent un malaise général, ils sont préoccupés de leur état, ils sont inquiets, assez souvent tristes et déprimés, l'appétit est diminué, le sommeil est troublé. Puis, l'état maniaque se développe d'une façon progressive : le facies est animé, le regard brillant, le malade est loquace, toujours en mouvement, il éprouve un sentiment de force et de bien-être. Ces modifications du ton émotionnel précèdent toute manifestation délirante, elles

[1] *Traité clinique de psychiatrie*, traduction française par E. Laurent, 1897, p. 416.

sont primitives, et le délire, quand il apparaît, leur emprunte sa physionomie particulière. Il se développe dans le sens expansif, vers les idées de satisfaction intime, de supériorité, de force, de puissance ; il est généralisé, toutes les facultés intellectuelles étant surexcitées, et il est incohérent, au moins en apparence, par suite de la succession tumultueuse, du bouillonnement des idées. Le langage, pour s'adapter au mouvement des idées, devient abréviatif, *elliptique*, suivant l'expression de Falret père. Les mouvements et les actes sont également rapides, pressés, désordonnés. Les hallucinations ne s'observent que rarement dans la manie simple.

Ce tableau ne ressemble guère à celui que nous avons tracé du délire aigu systématisé. Ce dernier a un développement plus brusque, sans progression appréciable. Le ton émotionnel, indifférent au début, est subordonné aux conceptions délirantes et aux hallucinations, et il en suit les variations fréquentes. Le délire est plus tranché et il conserve les caractères, au moins relatifs, d'un délire partiel.

Pour la *mélancolie*, la question du diagnostic ne peut être posée qu'à propos de ses formes délirantes. Il arrive que le délire mélancolique présente une certaine systématisation, mais cette systématisation est fixe, immuable ; elle s'applique à des idées persistant avec monotonie, toujours les mêmes. Nous savons, au contraire, que l'un des caractères fondamentaux du délire systématique aigu est le polymorphisme des conceptions délirantes et leur mobilité. Une autre cause de difficulté tient à l'apparition, au cours de la mélancolie anxieuse par exemple, d'épisodes aigus avec hallucinations et confusion mentale d'intensité variable. Mais, tandis que dans la mélancolie ces états transitoires ne surviennent qu'après une longue durée de la maladie, on ne les observe guère, au contraire, dans le délire aigu systématisé, qu'à une époque voisine du début ; et précisément dans ces cas le polymorphisme délirant est à son maximum, les hallucinations se produisent nombreuses et intenses, par opposition aux crises mélancoliques dans lesquelles les idées délirantes restent fixes, monotones et toujours en petit nombre. Enfin, les caractères généraux de l'état mélancolique et son évolution achèveraient de lever tous les doutes : la mélancolie délirante est toujours précédée d'une période prodromique, pendant laquelle apparaissent déjà les symptômes émotionnels et abouliques primitifs qui orientent plus tard les troubles intellectuels, toujours secondaires ; le développement de l'affection est progressif, il y a toujours des altérations somatiques évidentes, etc., autant de caractères qui sont étrangers au délire systématisé aigu, à la paranoïa aiguë.

En somme, les cas bien tranchés de délire aigu systématique, même s'ils appartiennent aux types maniaque ou mélancolique, se distinguent sans difficultés des psychoses simples correspondantes.

Mais, les cas ne sont pas toujours aussi tranchés, et il existe une série de faits dans lesquels l'appréciation clinique est plus délicate. Ce sont ces faits qui expliquent le désaccord persistant, au point de vue théorique, entre observateurs également perspicaces. Chacun les apprécie en vertu de sa doctrine particulière. En présence d'un accès maniaque ou mélancolique, à explosion

brusque, accompagné de conceptions délirantes plus ou moins coordonnées, de quelques hallucinations, d'un certain degré d'obnubilation intellectuelle, etc., certains auteurs, considérant surtout les caractères du délire et l'état des facultés intellectuelles, rangeront le cas dans les délires systématisés aigus; — d'autres, tenant compte de la complexité des symptômes, de leur polymorphisme, du manque de netteté du type clinique, et surtout de la brusquerie du développement, diront : délire d'emblée (maniaque ou mélancolique) chez un dégénéré.

Laissant de côté toute interprétation théorique, nous pensons que, dans chacun de ces cas particuliers, on ne peut arriver à une solution satisfaisante qu'en établissant le bilan aussi exact que possible de ce qui est délire et de ce qui est réaction générale (état maniaque ou mélancolique) : si le délire est partiel, primitif, s'il tient sous sa dépendance l'état émotionnel, il ne peut être question de manie ou de mélancolie, quand bien même le malade serait excité ou déprimé; même chez des « dégénérés », ces états conservent nécessairement leurs caractères propres et fondamentaux.

Nous pouvons développer les mêmes considérations à propos de la confusion mentale. Les cas typiques se distinguent aisément du délire systématisé aigu. Si l'étiologie et le mode de développement présentent parfois des analogies très appréciables, les symptômes fondamentaux diffèrent dans l'un et l'autre cas. Chez le confus, les fonctions intellectuelles sont gênées, presque empêchées, l'attention volontaire est impossible, la perception extérieure est troublée au point que le malade ne reconnaît ni les personnes ni les choses, même familières; le langage est altéré, ralenti, les malades ne paraissent comprendre ni les paroles qu'ils entendent ni celles qu'ils prononcent; la physionomie exprime l'étonnement, l'ahurissement ou la stupidité complète; enfin, les mouvements sont lents, hésitants et maladroits. Rien de tout cela n'existe chez les délirants aigus systématiques, et l'on constate chez eux les symptômes opposés : le fonctionnement cérébral est activé, le delire est très apparent, il n'y a aucun trouble ni de l'attention, ni de la perception, ni du langage, ni des mouvements volontaires.

Mais, à côté des cas typiques, il en est d'autres qui donnent lieu à de grandes incertitudes. Certains auteurs, nous l'avons vu, rangent dans la confusion mentale des faits de délire systématisé aigu à forme hallucinatoire (Kirchhoff, Ziehen, Chaslin, Séglas). D'autres faits seraient intermédiaires, et le délire primitif se compliquerait de confusion secondaire. Les rapports de la paranoïa aigue et de la confusion mentale sont évidemment le point délicat de cette étude différentielle. D'après Schule « on peut définir et concevoir tout ce groupe du délire systématisé aigu comme étant, en somme, la répétition de certaines psychonévroses mélancoliques, maniaques et stupides. »

Un dernier diagnostic, et non le moins important puisqu'il comporte un pronostic très différent, est celui du délire systématisé aigu et du délire systématisé chronique.

Ces deux formes, dans les cas nettement caractérisées, ne présentent guère que des différences. Dans l'une, le début est brusque, soudain, les idées délirantes sont multiples et variables (délire polymorphe), à systématisation faible ; il n'y a aucune trace d'évolution ; enfin la guérison n'est pas rare. Dans l'autre, au contraire, le début est insidieux, le développement du délire est très lent, les conceptions délirantes sont fortement enchaînées entre elles, elles traversent des périodes successives constituant une évolution régulière, cyclique ; ces périodes ou phases régulières échappent aux influences extérieures, elles sont uniquement déterminées par des modifications profondes de la personnalité ; enfin, le délire systématisé chronique est incurable.

Mais, entre ces cas extrêmes, il existe toute une série de faits intermédiaires, de transition, qui établissent de la façon la plus nette la parenté de ces deux formes morbides. Aussi, est-il parfois bien difficile de se prononcer sur la question de savoir si tel délire systématisé, dont on ne connaît pas le mode de début, appartient à la forme aiguë ou à la forme chronique : « Un médecin expérimenté, dit Jastrowitz[1], qui constate encore, lorsque le calme est survenu, à la suite de la paranoïa aiguë, l'adhérence assez persistante des idées délirantes et même la création ultérieure de quelques autres conceptions de ce genre, se demande s'il a bien devant lui un type de paranoïa aiguë ou de paranoïa chronique. » — D'autre part, « la forme chronique présente souvent des exacerbations qui ne sont autre chose, pour la forme et pour le fond, que le délire systématisé aigu avec hallucinations ; le début surtout de la maladie présente cet aspect. Le délire systématisé aigu, s'il ne guérit pas, devient une forme chronique avec hallucinations et systématisation partielle. Toutes ces transitions montrent que la différence remarquée tout d'abord n'est pas essentielle, et que ces formes variées sont cependant voisines. » (Schule).

Nous pouvons résumer de la façon suivante les aspects différents sous lesquels les délires systématisés aigus, quelle que soit leur nature, se présentent à l'observation :

1° Accès simple, unique, arrivant brusquement, sans que rien ait fait soupçonner son apparition, et disparaissant également très vite (délire d'emblée).

2° Bouffées délirantes successives, de formules variées, avec ou sans rémittences, et constituant par leur réunion un seul accès, à physionomie essentiellement polymorphe.

3° Accès multiples, de même forme ou de forme différente, de durée variable, survenant à différentes époques de la vie, et séparés par des intervalles de calme complet, de santé normale.

4° Bouffées délirantes, en quelque sorte accidentelles, faisant explosion au cours d'un délire chronique, dont elles ne troublent en rien l'évolution.

5° Délire systématisé d'emblée se prolongeant pour aboutir, ordinairement après une rémission, à un délire chronique incurable, lequel présentera une

[1] *Société psychiatrique de Berlin*, mars 1894. In *Arch. de Neurol.* 1894, t. XXVIII, p. 496.

évolution plus ou moins cyclique (délire systématisé secondaire, paranoïa secondaire).

Traitement. — Ce que nous avons dit de l'étiologie de ces délires et de la fréquence des causes physiques dans leur développement nous met sur la voie des principales indications thérapeutiques. La maladie succédant d'ordinaire à des affections fébriles (fièvre typhoïde, rhumatisme, pneumonie, etc.), à la puerpéralité, à une affection utérine, à des excès alcooliques, etc., il importe d'instituer avant tout un traitement *somatique*, visant l'état d'épuisement nerveux habituel chez ces malades. Le *séjour au lit*, sinon permanent, du moins prolongé, s'impose comme mesure préalable ; on empêche ainsi ou on atténue la déperdition des forces et l'on diminue par là même l'excitation. Un régime reconstituant, des toniques (fer, strychnine, glycéro-phosphates, etc.), des frictions sèches, des bains tièdes peu prolongés, et, plus tard, des lotions froides suivies de frictions, etc., seront employés pour relever les forces. Il ne faut pas hésiter à recourir à la sonde œsophagienne s'il y a tendance au refus des aliments. Schüle et Krafft-Ebing recommandent l'emploi de l'opium à petites doses comme tonique du cerveau et aussi pour combattre l'insomnie et l'excitabilité exagérée. Le chloral, à la dose de 3 ou 4 grammes, associé ou non au bromure, le trional (1 à 2 grammes) et les autres hypnotiques seront souvent indispensables, car il est de la plus haute importance de procurer le sommeil à ces malades. Les douches doivent être proscrites jusqu'à ce que le malade soit en convalescence complète, et, si l'on y a recours, encore faut-il être très prudent.

Le traitement *moral* prendra une importance particulière dès que l'état d'excitation du début aura cessé. Les relations du malade avec le monde extérieur doivent être surveillées de très près, et les règles à établir peuvent varier d'un malade à l'autre. L'*isolement* s'impose le plus vite possible, et, au début, il doit être rigoureux, car tout effort intellectuel, toute recherche de mémoire, toute émotion entraînent une recrudescence dans le délire. Plus tard, et à mesure que renaît le calme cérébral, on fera, mais toujours avec une grande prudence, des essais de correspondance, de visites. Avec certains malades, l'isolement doit être prolongé jusqu'au retour d'une lucidité presque complète : pour d'autres, il y aurait de graves inconvénients à ne pas le faire cesser dès les premiers éveils de la conscience. C'est là une question d'expérience et de tact. Mais on peut donner comme règle générale que les visites, la correspondance, la lecture, les conversations prolongées sont nuisibles tant que dure la période des hallucinations et même celle des simples illusions, pour peu qu'elles soient intenses. Pendant cette période également, la plus étroite surveillance est nécessaire pour ceux de ces malades qui ont manifesté des tendances suicides.

Quand les forces reparaissent, la contradiction cesse d'être aussi dangereuse que précédemment et on peut activer, par une intervention intelligente, la disparition des idées fausses.

Il est à peu près impossible de réaliser les conditions de ce traitement

complexe dans la famille. Aussi, l'internement à un moment aussi rapproché que possible du début, est-il le plus souvent nécessaire pour les malades atteints de délire aigu systématisé.

B. — DÉLIRES SYSTÉMATISÉS CHRONIQUES

(Paranoïa chronique).

TYPE DÉPRESSIF

1. — **Délires de persécution à évolution systématique.** — a) *Forme typique de Lasègue-Falret. — Délire chronique de Magnan.* — Rien ne serait plus facile que de trouver chez les anciens manigraphes l'indication des idées de persécution sous des formes variées. Aussi vieilles que l'humanité, ces idées se sont manifestées de tout temps, et toujours elles se sont adaptées à l'état des connaissances générales, sans que leur nature intime ait varié. On était persécuté autrefois par toutes sortes d'esprits malins, par le diable, par des philtres, par des enchantements, comme on l'est aujourd'hui par les physiciens, par les Jésuites, les Franc-Maçons ou les Juifs, par le télégraphe ou le téléphone, etc. Sous des formules différentes, ces idées traduisent toujours le même fond de défiance, d'égoïsme et d'orgueil.

L'importance de leur rôle en pathologie mentale n'a cependant été reconnue que de nos jours. Dans les classifications de Pinel et d'Esquirol, les idées de persécution figuraient parmi les symptômes de la mélancolie, à côté de la tristesse, de la crainte, des idées de ruine, etc. Guislain, tout en les rangeant dans la mélancolie, a mieux compris la signification de ces idées, puisqu'il les groupe sous le terme de *délire ou monodélire accusateur*. (*Leçons sur les phrénopathies*. Gand, avril 1852.) *Lasègue*, le premier, sut voir que, dans certains cas, l'idée de persécution est le point de départ et reste le centre d'un état délirant grave qui s'accompagne bientôt d'hallucinations de l'ouïe, et qui finit par envahir toute la vie mentale du sujet.

C'est dans un travail paru en 1852, dans les *Archives générales de médecine*[1], que Lasègue a décrit pour la première fois l'état mental des *aliénés persécutés*, et l'on peut dire, même après les innombrables travaux publiés depuis, qu'il en a reconnu et fixé définitivement les traits essentiels. La description de Lasègue s'applique surtout à la période d'incubation et à la période d'état du délire de persécution ; mais ce délire est étudié chez des malades disparates qui, aujourd'hui, sont rangés dans des catégories diverses : alcooliques, mélancoliques, persécutés à évolution systématisée, etc. L'idée d'une évolution progressive et des périodes successives admises aujourd'hui par tous, comme caractérisant la forme classique du délire de persécution systématisé, ne se trouve nulle part dans Lasègue.

On est arrivé à cette notion par étapes graduelles que nous signalerons rapidement.

[1] Lasègue. Du délire de persécutions, *Arch. génér. de méd.*, février 1852.

En 1860, *Morel*[1] avait signalé l'évolution du délire de persécution vers l'idée de grandeur, « la transition à l'idée qu'ont les persécutés d'être appelés à de grandes destinées ».

A. Foville[2] étudie le délire des grandeurs dans diverses maladies mentales, et, à propos des persécutés, il admet que les idées de grandeur se développent d'après un mécanisme logique : ils arrivent à se croire des personnages exceptionnels, d'une situation particulièrement élevée, puisqu'on les persécute avec tant d'acharnement.

Legrand du Saulle[3] développe les mêmes idées.

P. Garnier étudie spécialement, dans sa thèse de 1877, « les idées de grandeur dans le délire de persécution ». Pour la description de la maladie, il adopte la division en trois phases successives que Falret père avait appliquée à l'évolution des différents délires partiels. Il se rallie à l'opinion de Foville sur le développement logique des idées de grandeur, et il note que ces idées de grandeur s'établissent sans effacer les idées de persécution dont elles émanent (p. 38).

Enfin, J. Falret synthétise ces descriptions partielles et, le premier, expose dans son ensemble l'évolution du délire de persécution systématisé[4].

Falret père (1864) avait déjà distingué dans le délire partiel considéré d'une manière générale les trois phases successives d'*incubation*, de *systématisation*, de délire *stéréotypé* (voy. ci-dessus, p. 491).

J. Falret modifie légèrement, en ce qui concerne le délire de persécution, la théorie de son père, et il adopte la division en *quatre périodes* qui, depuis, a été généralement acceptée.

1° La *première période*, dite d'*interprétation délirante*, est caractérisée par une extrême défiance, par des soupçons envers toutes les personnes qui sont en rapport avec le malade, par des idées de persecution encore vagues ; le malade croit être l'objet de l'attention et de la malveillance de tous, et il interprète dans ce sens les paroles et les actes les plus inoffensifs.

2° La *deuxième période*, ou période d'*état*, est marquée par l'apparition de l'hallucination de l'ouïe, qui vient préciser et renforcer les idées précédentes.

3° La *troisième période* est caractérisée par le développement des *troubles de la sensibilité générale*.

4° Enfin, la *quatrième période*, ou de *délire stéréotypé*, s'ouvre avec l'apparition des *idées de grandeur*. Ces dernières, qui peuvent naître par différents processus, sont ordinairement en rapport avec les idées de persécution et se développent parallèlement à celles-ci, sans les faire disparaître ; la maladie

[1] *Traité des maladies mentales*, 1860, p. 714.

[2] *Étude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs*, 1871.

[3] *Le délire des persécutions*, Paris, 1871.

[4] J. Falret. Du délire de persécution chez les aliénés raisonnants, *Annal. méd. psych.* 1878, t. XX. Voir aussi Ritti, Art. *Délire de persécution*, in dict. Dechambre. Mais, bien avant cette époque, dès 1860, J. Falret comprenait « le *délire de persécution* comme une maladie distincte, avec *ses périodes*, sa marche et ses terminaisons ». Voir *Annal. méd. psych.* 1861, p. 170.

se prolonge alors indéfiniment, le malade conserve jusqu'à la fin une grande énergie intellectuelle et ne tombe pas dans la démence.

Cette conception a été adoptée, dans ses traits essentiels, par les aliénistes de tous les pays, et le *délire des persécutions* ainsi compris est devenu le type par excellence des délires *systématisés primitifs,* à marche chronique. Il y a quelques années, Magnan, tout en adoptant la division du délire en périodes, a modifié assez profondément la théorie de J. Falret.

Pour Magnan, le délire de persécution, tel qu'on l'a décrit avant lui, comprend dans son cadre trop vaste des cas disparates, *persécutés chroniques*, *héréditaires dégénérés*, *alcooliques, intermittents*, etc. Il ne retient donc que les cas à systématisation très étroite et à évolution bien déterminée ; il estime que les idées de persécution ne représentent qu'une phase de la maladie, et il applique la dénomination de *délire chronique* à cette maladie envisagée dans l'ensemble de son évolution. Le *délire chronique* présente aussi quatre périodes, « quatre stades bien définis se succédant dans un ordre invariable[1]. »

1° La première période, d'*incubation* ou d'*inquiétude,* est caractérisée par un état d'anxiété vague, de tristesse, de défiance, d'interprétations fausses.

2° La période *de persécution* est marquée par le développement de l'hallucination de l'ouïe. Au bout d'un certain temps, « l'on voit, à travers les idées de persécution, apparaître quelques idées de satisfaction ».

3° La troisième période est celle où se développe le *délire des grandeurs* qui *efface graduellement le délire de persécution.*

4° Enfin, la quatrième période est caractérisée par la dissolution des conceptions délirantes et par *la démence.*

On voit en quoi la conception de Magnan diffère de celle de J. Falret. Pour Falret, le délire de persécution, à travers ses périodes se précise, se systématise et se complique de plus en plus, mais le malade *reste toujours un persécuté et il ne verse pas dans la démence.* Pour Magnan, le délirant chronique « est tantôt un inquiet, tantôt un persécuté, tantôt un ambitieux et tantôt un dément » ; le délire de persécution ne caractérise qu'une seule période de la maladie, et non la maladie dans son ensemble.

Nous pensons, avec J. Falret, qu'au moins dans la grande majorité des cas, ces malades en devenant mégalomanes ne cessent pas d'être persécutés et qu'ils ne tombent pas dans la démence terminale.

En effet, chez les persécutés les plus anciens, et précisément chez les plus systématisés, le délire de persécution se retrouve presque toujours très évident, avec ses hallucinations et ses interprétations délirantes, après vingt, trente et quarante ans de maladie. Ce qui est très vrai, c'est que le persécuté mégalomane n'a plus l'attitude inquiète, défiante et sombre qu'il avait dans la phase de persécution pure. Il trouve dans ses idées de grandeur une consolation et un secours inattendus, son attitude devient arrogante, il se vante

[1] Magnan. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1882-1891. Magnan et Sérieux. *Délire chronique,* collection Léautey, 1894.

volontiers de ses dignités imaginaires ; mais il suffit, non pas même de l'interroger, mais de le laisser parler pour l'entendre se plaindre des attentats qui sont commis journellement contre ses droits, des misères et des tourments qu'on lui inflige, et dont les principaux consistent à le priver de la fortune et des honneurs qu'il s'attribue.

De même en ce qui concerne la démence. La longévité intellectuelle des persécutés systématiques est tout à fait remarquable. Jusqu'à l'âge le plus avancé, ils s'intéressent aux faits du jour, aux personnes et aux choses qui les entourent, ils lisent, leur mémoire n'est pas plus affaiblie que celle des personnes normales du même âge, etc. Ils sont capables de parler raisonnablement des sujets étrangers à leur délire. Si leurs conceptions délirantes deviennent moins brillantes et moins vives, si leurs hallucinations perdent en acuité et en intensité, cela tient à l'âge et non à l'état morbide. Pas plus que les non aliénés, les persécutés n'échappent à la sénilité. Mais cet état, tout physiologique, ne saurait être assimilé à la démence organique ou vésanique, par laquelle les malades sont véritablement séparés de l'humanité.

La tendance du délire de persécution vers la démence est niée, nous l'avons vu, par J. Falret ; elle l'est aussi par le professeur Ball, par Ritti, et par un grand nombre d'autres auteurs. Pour B. Ball, « les persécutés n'arrivent que très lentement à la démence, à laquelle plusieurs d'entre eux n'aboutiront jamais[1]. »

Krafft-Ebing est plus catégorique : « La *paranoïa persecutoria* ne se termine *jamais* par la *démence* » ; sa terminaison habituelle est « un état de faiblesse psychique qui se manifeste plutôt par une indifférence de cœur que par des défauts intellectuels et laisse dans tous les cas à peu près intactes les anciennes capacités artistiques ou professionnelles de ces malades, de même que leur faculté de juger et de conclure... Dans tous les cas, il n'est ni dans la nature ni dans la marche de la paranoïa de mener à la démence[2]. »

D'après Kræpelin, cette affection se termine, quand elle a une très longue durée, par un affaiblissement général de l'activité mentale, mais sans démence véritable.

Schüle, qui admet la terminaison du délire de persécution progressif par la démence, note cependant chez ces malades *la conservation partielle de l'intelligence.*

Si la démence n'est pas la terminaison habituelle et directe du délire de persécution systématisé primitif, on peut cependant la rencontrer chez quelques malades atteints de cette forme mentale. Mais alors la démence est le plus souvent sous la dépendance de lésions cérébrales organiques (athérome, hémorrhagie), développées chez des persécutés âgés. Il s'agit d'une véritable association morbide, d'une *démence organique compliquant* un ancien délire de persécution et n'ayant avec l'affection primitive que des rapports très indirects.

Enfin, il n'est pas contestable qu'à la longue le délire présente une cer-

[1] *Leçons sur les maladies mentales*, 2e édit., p. 488.
[2] Krafft-Ebing. *Traité clinique de psychiatrie*, traduction française, 1897, p. 445-451.

taine dissociation, qu'il influence moins la sensibilité des malades et leur conduite, qu'il tend dans une certaine mesure à se détacher de leur personnalité. De plus, arrivés à cette période de leur maladie, les persécutés se sont créés fréquemment un langage particulier, fait de néologismes, de tournures spéciales et d'allusions. A un premier examen, ce langage peut faire supposer, à qui ne le connaît pas, l'incohérence des idées. Mais un examen répété et plus approfondi montrera que cette incohérence n'est qu'apparente, qu'elle n'est pas dans l'esprit du malade et qu'elle résulte tout entière, pour l'observateur, de mots et de tournures de phrases qu'il ne comprend pas.

Il y a là une cause d'erreur contre laquelle il faut être prévenu.

Mais, dans ces cas même, les persécutés sont si peu des déments, qu'ils peuvent donner le change sur leur état de maladie, lorsqu'ils consentent à parler d'autre chose que de leur délire. La démence vésanique ne s'observe, en somme, que rarement comme terminaison du délire de persécution systématisé typique [1].

D'ailleurs, si l'on s'en rapporte aux chiffres mêmes de Magnan, le *délire chronique*, tel qu'il le comprend, serait une rareté. En effet, pendant les six années 1891-1896, sur un total de *23 692 aliénés* entrés à l'admission de Sainte-Anne, Magnan [2] a trouvé seulement *112 cas de délire chronique*, c'est-à-dire un peu moins de 1/2 p. 100, alors que les statistiques les plus faibles donnent pour le délire de persécution systématisé 8 à 10 p. 100 (hommes et femmes réunis). En outre, tandis que Magnan comptait, en 1882, 258 délirants chroniques sur 3 073 entrées, il n'en trouvait plus, en 1895, que 8 sur 3 980 aliénés, et, en 1896, 4 seulement sur 4 122 malades entrés. Même en tenant compte des incertitudes inhérentes à des diagnostics précoces, il résulte évidemment de ces chiffres que le *délire chronique* de Magnan, loin d'être le type des délires systématisés chroniques, n'en est qu'une variété exceptionnelle.

En résumé, les faits cliniques sont en rapport avec la manière de voir de Falret, et c'est d'après l'enseignement de notre savant maître que nous décrirons le *délire de persécution progressif*, *à évolution systématique*. Seulement, réunissant la deuxième et la troisième périodes de J. Falret, qui ne nous semblent pas distinctes en fait, nous n'admettrons plus que *trois périodes :*

Une première période d'*incubation,* d'inquiétude ou d'interprétation délirante.

Une seconde période, période d'*état,* caractérisée par le développement des hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale.

Une troisième période, qui s'ouvre avec l'apparition des idées de grandeur et qui se prolonge jusqu'à la mort du malade.

Comme l'a déjà fait Chaslin [3], nous réunirons les noms des deux auteurs

[1] Voir à ce sujet, la thèse de Verger : Contribution à l'étude du délire de persécution à évolution systématique. *Th. Paris*, 1898.

[2] Rapports annuels sur les services des aliénés de la Seine.

[3] *Rapports du délire avec les hallucinations*. Ph. Chaslin, *Annal. Méd. psych.*, juillet-août 1898.

qui, par leurs travaux, ont donné à cette forme mentale si importante son individualité clinique, et nous la désignerons sous le terme de délire de persécutions systématisé *type LasègueFalret.*

Description. — On retrouve fréquemment, en remontant jusque dans l'enfance des persécutés systématiques, des traits de caractère spéciaux. Ainsi que l'a montré J. Falret, ces futurs malades se font remarquer dès le collège par une réserve qui va jusqu'à la sauvagerie et à la défiance. « Dès leur enfance, dit également Krafft-Ebing, ils sont étranges, silencieux, fuyant le monde, renfermés, très susceptibles, méfiants, souvent portés à l'hypochondrie. » Ces enfants ne se mêlent pas volontiers aux jeux de leurs camarades, ne se lient pas facilement, n'ont pas d'amis. Ils se montrent susceptibles à l'excès, orgueilleux, grincheux. Ils apportent plus tard ces mêmes dispositions dans le monde. A l'âge de l'expansion et de la confiance facile, ils vivent à l'écart, renfermés, soupçonneux, déjà très préoccupés de leur personne.

Il y a évidemment de nombreuses exceptions, mais ces dispositions sont habituelles. On doit observer, cependant, que ces dispositions de l'humeur et du caractère n'atteignent pas, le plus souvent, le degré des bizarreries et des anomalies qui se rencontrent chez les persécutés raisonnants, chez les fous moraux. Ces derniers sont des déséquilibrés, dès l'enfance ; les persécutés systématiques, également dès l'enfance, ont une tournure d'esprit particulière, anormale, mais sans véritable déséquilibration des facultés.

La maladie caractérisée n'apparaît d'ordinaire qu'à l'âge adulte, Lasègue admettait que le début était souvent marqué par un ictus cérébral.

Première période. — Précisément à cause des tendances antérieures, le début est assez difficile à fixer. Ce n'est d'abord qu'une exagération du caractère normal, et elle passe d'autant mieux inaperçue que les malades, très concentrés et défiants, ne s'ouvrent à personne. D'ailleurs, les modifications intimes qui correspondent au début de l'affection ne se présentent pas au malade sous la forme d'idées précises. Comme l'a fort bien remarqué Lasègue, « au début, l'aliéné est dans un état de *malaise intellectuel* non encore localisé, qui répond au frisson et à la fièvre. » Le sommeil est troublé, l'appétit diminué, les sensations sont perverties. Tout cela semble peu naturel au malade, mais il *hésite* pendant un assez long temps en face des interprétations qui s'offrent à son esprit, il lutte contre elles, il les repousse d'abord, mais elles finissent par s'imposer à lui. Ce n'est qu'après une période plus ou moins longue de délire intérieur, qu'il en vient à se plaindre ouvertement du mauvais vouloir qu'il rencontre, des misères et des tracasseries qu'il doit supporter, du préjudice qu'on lui cause. Les faits les plus simples prennent une signification particulière, extraordinaire ; les contre-temps les mieux explicables, les plus naturels lui paraissent dus à des influences hostiles (*paralogique* des délirants systématiques).

Le malade croit qu'on le surveille, qu'on le menace, qu'on le méprise. Il interprète dans ce sens les paroles et les actes, tout le monde s'occupe de lui

pour nuire à ses intérêts et à son honneur. Les allusions à sa personne remplissent les conversations, les passants font à son adresse des gestes insultants. Ici, à la simple interprétation du début s'ajoute un élément nouveau, *l'illusion*, indiquant une objectivation plus marquée du délire et un degré de plus dans le trouble mental.

Dès cette première période apparaît le caractère qui domine la psychologie du persécuté, c'est-à-dire la monstrueuse extension de sa personnalité, cette tendance à se faire en quelque sorte le centre de l'univers, à tout rapporter à soi, à considérer comme démontré que tous les êtres au milieu desquels il vit s'occupent de lui sans cesse. C'est ce que le professeur Ball appelait l'*autophilie* des persécutés.

Mais ce ne sont pas seulement les faits actuels qui alimentent le délire. Lasègue a très justement noté que ces malades recherchent toujours dans leur passé des justifications à leurs idées présentes, et de préférence ils fixent leur attention sur des événements insignifiants. Tout ce qui dans leur existence antérieure est obscur, des circonstances même qui n'avaient jamais eu pour eux le moindre intérêt, tout cela s'éclaire, tout cela s'explique par cet examen rétrospectif, par ce *délire récurrent,* (délire *métabolique* des Allemands).

Si l'on ne connaissait pas cette particularité, on ferait souvent remonter le début de la maladie bien au delà de sa date réelle, car les malades expliquent ainsi jusqu'aux événements de leur enfance.

Une autre remarque de Lasègue, c'est que le persécuté se montre d'une facilité déplorable sur la valeur des preuves au moyen desquelles il étaye ses conceptions délirantes. Il ne tient aucun compte des vraisemblances qui les contredisent, et jamais il ne cherche à les contrôler, à les vérifier. La croyance à une persécution organisée devient ainsi une véritable idée fixe qui absorbe toute la vie mentale du sujet.

On peut dire que cette idée fixe se suffit à elle-même, c'est-à-dire qu'elle est indépendante des influences qui pourraient intervenir du dehors pour la modifier. Le malade reporte le point de départ de ses tourments au dehors, c'est de là que rayonnent vers lui (délire centripète, *égocentrique* de Ziehen), toutes les actions nuisibles qu'il suppose d'abord, qu'il admet ensuite comme démontrées. Mais, en réalité, tout, dans la formation comme dans le développement du délire, vient du dedans. De même que le malade ne cherche pas à contrôler ses suppositions au moyen des faits extérieurs, qu'il les accepte telles qu'elles s'offrent spontanément à son esprit, sans s'inquiéter de preuves à l'appui, de même « les circonstances extérieures n'ont que peu d'influence, et, si elles contribuent au délire, il s'en faut que ce soit en raison de leur gravité réelle. L'aliéné... traverse les révolutions, subit la perte de sa fortune, la mort des siens, sans en accuser ses ennemis; mais un rien, une prétendue injure qu'il entend dans la rue et qui doit s'adresser à lui, l'agite davantage et ramène la formule caractéristique des persécutions. » (Lasègue, *loc. cit.*).

Parce qu'il considère comme certaine la malveillance dont il se plaint, le persécuté se méfie de tout le monde, il cache sa vie et ses actes, il dissimule

ses pensées, il dissimule surtout ses préoccupations les plus vives. Sa conversation est pleine de réticences, de sous-entendus qu'il est seul à comprendre. Si on l'interroge, il ne répond pas, ou bien il répond par une phrase caractéristique : « Vous savez tout cela mieux que moi, tout le monde est au courant de ce qui m'arrive ! C'est pour vous moquer de moi que vous faites semblant de l'ignorer. » A elles seules, ces tournures de phrases trahissent l'état mental du persécuté, et, dans certains cas difficiles, elles suffisent à mettre sur la voie du diagnostic.

Au cours de cette première période, les persécutés commencent à se défendre. Et, suivant leur caractère et leurs tendances personnelles, ils réagissent passivement ou activement. (Lasègue).

Les premiers (*persécutés passifs*) se plaignent aux autorités, ils demandent aide et protection, et c'est souvent ainsi que « les persécutés viennent d'eux-mêmes se jeter dans la souricière, ils viennent se dénoncer eux-mêmes sous prétexte de chercher des protections, et ils se font prendre en voulant faire arrêter leurs persécuteurs. » (J. Falret). Certains s'enferment chez eux, restent plusieurs semaines sans sortir. D'autres, au contraire, changent fréquemment de domicile, afin de dépister leurs ennemis ; ils entreprennent quelquefois de longs voyages dans la même intention (*aliénés migrateurs*, de Foville). Mais ces divers stratagèmes ne leur procurent qu'un calme momentané, et ils sont bientôt ressaisis par leur défiance et leurs craintes antérieures.

Les seconds (*persécutés actifs*) sont plus violents. Ils s'indignent, ils se révoltent et cherchent souvent à se défendre préventivement contre les desseins hostiles qu'ils attribuent à leurs prétendus ennemis. Les attentats contre les personnes, si fréquents de la part de ces malades à la période suivante, ne sont pas absolument rares à la première période du délire. C'est aux persécutés qui commettent des actes de violence que Lasègue appliquait l'épithète de *persécuteurs*. Il faut se garder de confondre les persécuteurs de cette catégorie avec les véritables *persécutés-persécuteurs* qui ont été si bien décrits par J. Falret. Ces derniers ne présentent aucune évolution de leur délire, ils ne deviennent pas hallucinés, et ils appartiennent au groupe de la folie raisonnante. Nous les décrivons ailleurs.

Vers la fin de la première période du délire de persécution systématisé, on voit apparaître les hallucinations caractéristiques de la période suivante.

Deuxième période, hallucinatoire ou d'état. — La plus importante, la plus constante des hallucinations observées chez ces malades, est l'*hallucination de l'ouïe*. En même temps, ou, plus souvent encore, à une phase plus avancée, apparaissent des *hallucinations de la sensibilité générale* et *génitale*, des hallucinations du *goût* et de *l'odorat*. L'hallucination de la vue, d'après Lasègue et J. Falret, ne fait point partie du tableau du délire de persécution systématisé. Cependant, il nous semblerait excessif d'en nier absolument l'existence. Si on peut la rapporter souvent à une complication (alcoolisme, névroses, etc.), il est des cas où on l'observe en dehors de toute association morbide et où il faut bien admettre qu'elle est sous la dépendance du délire

lui-même[1]. Ce qu'il importe de retenir, c'est qu'elles y sont rares, qu'elles n'y acquièrent jamais une grande importance et qu'elles restent sans influence sur l'évolution de la maladie.

Les hallucinations de l'ouïe n'atteignent pas d'emblée toute leur intensité. Elles se développent de façon lente et progressive.

Très simples et rudimentaires au début, elles ne reproduisent que des sons sans signification bien précise : bruissements, bourdonnements, sons de cloche (hallucinations élémentaires de Ball), qui fatiguent et irritent les malades. Plus tard, se font entendre des voix, qui, d'abord, ne prononcent que des mots isolés ou des phrases très courtes. Ce sont généralement des injures grossières : *cochon*, *vache*, *voleur*, *assassin*, *sodomiste*, — ou des menaces : *tue-le*, *arrête-le*, etc. « Les bruits rythmés ou continus, le bruit de l'eau tombant dans une baignoire, les battements du cœur, le bruit des roues d'un wagon, le tic-tac d'une pendule scandent ainsi des phrases : « vous a-vez rai-son... co-chon. » (Magnan et Sérieux, *Délire chronique*). Les voix se font entendre également dans le silence le plus profond. Elles viennent de toutes les directions, à travers les murailles, ou le plafond, ou le parquet, de la cheminée. Le malade les entend dans la rue et il peut les attribuer à un passant inoffensif. C'est là une cause fréquente des agressions des persécutés contre les personnes. Mais, le plus souvent, ne voyant personne, ils disent que les insulteurs se cachent. Dans ce dernier cas, cependant, ils peuvent avoir l'intuition de leur état morbide. Un de nos malades s'entend injurier ainsi sur la place de l'Hôtel-de-Ville. Il se retourne furieux, la vaste place était déserte : « Mon Dieu ! voilà que je suis malade », s'écrie-t-il ! L'évolution de sa maladie n'en fut d'ailleurs pas ralentie.

Graduellement, l'hallucination se développe et se complique. Les voix prononcent des phrases entières, ordinairement en rapport avec les pensées habituelles du malade, avec ses occupations du moment, ou avec ses sensations ; elles annoncent tout ce qu'il fait : « il boit, il va se coucher, il se déshabille, etc. ». Le malade est effrayé d'entendre que tout ce qu'il pense est connu et répété, quelquefois d'une façon si rapide et si continue que l'hallucination devient un véritable « *écho de la pensée* ». Quelquefois, l'hallucination prend un caractère *impératif*, et détermine de véritables impulsions au meurtre ou au suicide. Cruellement tourmenté par ses voix, le malade cherche à se soustraire à leur influence *en se bouchant* littéralement *les oreilles* avec du coton, avec de la cire, avec du mastic de vitrier, etc. Toutes les modalités de la voix s'observent : elle vient de près ou de loin, elle est nette et sonore ou bien comme assourdie par la distance. C'est tantôt un *monologue*, tantût un *dialogue* ou une *conversation* à plusieurs voix, à laquelle le malade participe ou qu'il écoute passivement. « Il y a des hallucinés, dit Baillarger, qui s'entretiennent successivement avec trois, quatre, et jusqu'à douze ou quinze interlocuteurs invisibles dont ils affirment distinguer facilement les différentes voix. Un de ces malades range les personnages dont il se croit ainsi entouré en deux catégories. Les uns, dit-il, sont des hommes instruits et honnêtes qui lui donnent

[1] Morel, Delasiauve, Motet, Magnan, Mabille. — Voy. Mabille ; *Annal méd. psych.*, 1881, t. V, p. 119.

d'utiles conseils et avec lesquels il aime à converser ; les autres, au contraire, des gens du plus bas étage, et dont les paroles obscènes et injurieuses dénotent les plus mauvais sentiments. Je donne des soins à une demoiselle qui entend ainsi dans l'isolement et le silence jusqu'à dix ou douze voix différentes, et dont les unes disent toujours la vérité, tandis que les autres ne profèrent que des mensonges ».

Parvenue à ce degré de développement, l'hallucination de l'ouïe est en rapport avec un trouble profond de la personnalité du malade. Mais ce trouble peut s'accentuer davantage encore et aboutir à un véritable *dédoublement*. Il arrive, en effet, que ces voix multiples tiennent des langages différents, les unes consolant, les autres menaçant les malades. C'est une contradiction hallucinatoire, une véritable lutte entre le bien et le mal, tiraillant le malade en sens inverse. Parfois alors, au lieu d'être perçues, comme c'est le cas habituel, par les deux oreilles à la fois, chaque espèce de voix s'adresse à une *oreille différente :* les bonnes sont entendues d'un côté seulement, les mauvaises de l'autre (Baillarger, Morel, Falret, Magnan, Séglas).

A une phase plus avancée, les hallucinations verbales affectent le caractère d'une parole intérieure, silencieuse, qui siège dans l'estomac (*voix épigastriques*), dans la gorge, dans la tête ou même dans d'autres parties du corps ; ce sont les *hallucinations psychiques* de Baillarger.

Seglas qui a fait de ces hallucinations une étude particulière, a montré qu'elles sont dues à l'automatisme du centre moteur du langage, et il leur a donné le nom, généralement accepté depuis ses travaux, d'hallucinations verbales psychomotrices[1]. L'éréthisme du centre moteur d'articulation peut être plus ou moins accentué et produire des phénomènes plus complexes que l'hallucination motrice ou parole intérieure simple. Parfois, en effet, l'excitation de ce centre est telle que la parole semble antérieure à la pensée, et que le malade n'a conscience de sa pensée qu'après l'avoir sentie formuler par cette parole intérieure ; il se plaint alors que l'on connaisse ses pensées avant lui-même, qu'on lui ait enlevé sur elles tout pouvoir de contrôle et de coordination, et qu'on les lui vole au fur et à mesure de leur production. C'est là le phénomène connu sous le nom de *fuite de la pensée* ; il est, dans l'ordre moteur, l'équivalent de l'*écho de la pensée* dans l'ordre sensoriel. L'automatisme du centre moteur du langage est quelquefois poussé encore plus loin et il s'accompagne de mouvements musculaires, conscients ou inconscients, de la langue et des lèvres, le malade remue les lèvres et prononce à voix plus ou moins distincte les paroles qu'il attribue à autrui. C'est alors une véritable *impulsion verbale*. Quand elle est consciente, les malades expriment ce qui se passe en disant : « On parle par ma bouche ». Ces différents troubles de la fonction du langage ont été parfaitement étudiés et décrits, par Séglas, dans leurs manifestations cliniques et dans leur mécanisme.

Après les hallucinations auditives et psycho-motrices, les plus importantes chez les persécutés sont celles de *la sensibilité générale*. Surtout fréquentes à

[1] Séglas. Les hallucinations psychomotrices. *Progrès médical*, 18-25. Août 1888. — Des troubles du langage chez les aliénés, *un vol. de la bibliothèque Charcot-Debove*, 1892.

une phase avancée de la période d'état, elles peuvent précéder cependant l'hallucination de l'ouïe, si bien que Morel avait admis que le délire des persécutions était une transformation du délire hypochondriaque. Mais, tandis que l'hypochondrie du début, quand elle existe, conserve des caractères de vraisemblance, se présente d'ordinaire sous la forme de préoccupations relatives à la santé, les troubles de la sensibilité générale de la période d'état ont un cachet délirant manifeste. Les malades se plaignent, par exemple, qu'on les frappe à distance, qu'on les pince, qu'on les pique ; on leur tenaille les chairs et les viscères, on les magnétise au moyen d'effluves qu'ils sentent courir sous la peau, on les électrise ; on leur attaque les yeux, les dents, le périnée, on leur tord les intestins et les testicules, on les châtre, etc. Un de nos malades proteste souvent, le matin, contre les attentats de la nuit : on lui a déchiré le crâne pour y pénétrer par les oreilles, on a détruit son cerveau, etc. Dans ces faits, il y a une part à faire, en dehors de l'hallucination, à l'interprétation délirante ; la distinction n'est pas toujours aisée, les malades expliquant par des actions venues de l'extérieur toutes leurs sensations d'hypochondriaques. Ici encore, ils imaginent toute sorte de moyens de protection : ils roulent des meubles contre leurs portes et leurs fenêtres, pour empêcher le persécuteur de pénétrer ; ils s'affublent de vêtements bizarres, d'armures compliquées. Magnan et Sérieux parlent d'un malade qui portait des chaussettes de soie et un corset muni d'aimants pour s'isoler de l'électricité.

A ces troubles de la sensibilité générale s'ajoutent souvent, surtout chez les sujets qui présentent des hallucinations motrices verbales, des hallucinations motrices variées : des sensations de déplacement d'une partie du corps ou du corps tout entier, des sensations motrices internes ; un malade de Vanves prétend qu'on pêche à la ligne dans son ventre ; une autre se plaint des militaires et des clergymen qui sont dans son ventre et la tourmentent, la font tousser, parler, cracher, etc. Mais ces phénomènes moteurs s'observent de préférence chez une catégorie particulière de persécutés, les persécutés *possédés*, dont nous parlerons plus tard.

Les hallucinations *génitales* sont encore fréquentes chez les persécutés systématisés, et, surtout chez la femme, jouent un grand rôle dans la constitution du délire. Elles disent qu'on les viole, qu'on leur fait subir toute sorte d'outrages, elles en arrivent assez souvent à se croire enceintes. Pour les hommes, on leur procure, par des moyens infâmes, des érections fatigantes, des sensations tantôt agréables et tantôt désagréables ; on les sodomise, on les châtre, etc. Tous les méfaits attribués autrefois aux *incubes* et aux *succubes* se retrouvent chez les persécutés. Les sensations de cet ordre sont ordinairement très pénibles aux malades, et, pour se protéger contre les tentatives de leurs ennemis, ils imaginent des moyens de défense variés : ils couchent tout habillés, les femmes se tamponnent la vulve ou le vagin. Une malade de Magnan et de Sérieux se couchait sur le côté, plaçant, pour se protéger, tout le bassin dans une marmite, etc.

Les hallucinations de l'*odorat* et du *goût* sont loin d'être rares. Les malades disent qu'on leur envoie des odeurs désagréables, nauséabondes, des puanteurs,

par dessous les portes ou à travers des trous percés dans la muraille. On met des ordures ou du poison dans leurs aliments, ils s'en aperçoivent à leur goût détestable. Pour avoir une preuve de ces attentats, ils font analyser leurs aliments, leurs boissons, leurs déjections. Les *idées d'empoisonnement*, consécutives à des hallucinations, sont habituelles chez ces malades, et elles déterminent souvent le refus des aliments.

Nous avons dit que les hallucinations *de la vue* sont les plus rares et qu'elles n'ont, quand elles existent, qu'une influence des plus négligeables sur la direction et sur la physionomie du délire. Il est intéressant de remarquer, en outre, que les malades ne sont généralement pas dupes de leurs visions, qu'ils les apprécient comme des phénomènes morbides, au moins dans les premiers temps (J. Falret). A la longue, cette juste appréciation finit par disparaître, mais le malade ne prend jamais au sérieux ses hallucinations de la vue. Un de nos persécutés, très chronique, voit souvent, la nuit « le microbe, le gnome » de sa persécutrice, « la prussienne Augusta ». L'hallucination est très nette, le malade décrit le *visage blanc* de son ennemie, ses *cheveux noirs* qui forment « deux douzaines de tortillons » ; mais il ajoute que ce n'est pas « sa présence réelle », car elle lui parle « de Berlin étant », et elle lui envoie son *microbe* formé des *émanations gazeuses* de ses yeux, de sa bouche, de ses oreilles, de son nez, etc. Et, tandis que les voix qu'il perçoit l'irritent profondément, il parle de sa vision en souriant, comme d'une chose plaisante. Une autre persécutée chronique, dont j'ai rapporté l'histoire à un point de vue tout différent[1], voyait dans les arbres du jardin la figure de l'un de ses persécuteurs; cette malade, très intelligente, affirmait qu'elle *voyait* cette figure *avec les yeux*, tandis qu'elle parlait d'*autres visions qu'on lui imposait* et qu'elle disait *voir par la pensée*. Mais, comme chez le malade précédent, ces phénomènes visuels n'avaient pour elle aucune importance.

Sous l'influence des hallucinations, les idées délirantes se précisent, se formulent, se systématisent de plus en plus. Tandis que, à la première période de sa maladie, le sujet se borne à constater les sensations pénibles qu'il éprouve et les misères qui l'atteignent, dans cette seconde période il formule nettement la croyance à une persécution organisée contre lui, et il en recherche les auteurs. Cette tendance est d'abord très vague : « *On* m'en veut, *on* me fait des misères, *on* me persécute; j'ai des ennemis, mais je ne les connais pas ». « Cependant, à la longue, et pour les besoins de sa défense, il finit par se fixer tant bien que mal, d'après la nature des impressions qu'il a ressenties : il accuse des êtres mystérieux, la police, les physiciens, les magnétiseurs ». (Lasègue). D'autres s'en prennent aux jésuites, aux prêtres, aux francs-maçons, aux médecins, aux juges. C'est la « systématisation à forme collective » de J. Falret. Les découvertes scientifiques fournissent à ces malheureux malades des mots dont ils font des explications : l'hypnotisme, le téléphone, le phonographe, l'électricité, la suggestion, les inoculations, les microbes, etc., sont mis à contribution. Les rayons Rœntgœn sont déjà entrés dans le répertoire des persé-

[1] F.-L. Arnaud. La folie à deux, *Annal. méd.-psych.*, mai 1893.

cutés. Quelques-uns, mais en petit nombre, ne vont pas au-delà. La plupart font un pas de plus dans la systématisation logique et ils arrivent au 3e degré, à la *personnification* du persécuteur. Ce n'est plus *on*, ce personnage si vague du début ; ce ne sont plus les collectivités qui l'ont remplacé, c'est un personnage réel, un individu vivant et connu du malade qui est accusé de tout le mal.

Dès lors, c'est contre lui que va se diriger son ressentiment, c'est lui que visera sa haine. Et tandis que le persécuté imaginaire va se faire persécuteur effectif, le prétendu persécuteur deviendra un persécuté réel. Les menaces et les attentats le poursuivront partout et toujours, et bien souvent il paiera de sa vie l'erreur acharnée d'un malade.

Nous avons vu qu'à la période des interprétations délirantes le malade peut se porter à des actes de violence, à des voies de fait, à propos d'un mot ou d'un geste qu'il croit à tort s'adresser à lui et qu'il juge injurieux. Par exemple, un passant crache auprès de lui, le persécuté voit là une insulte, et il peut frapper l'insulteur. De même, sous l'influence d'une hallucination impérative, il frappera encore la personne qui lui est désignée de la sorte. Mais ces actes sont brusques, subits, non préparés, et la victime accidentelle court le minimum de risques. Avec le persécuté qui a personnifié son ennemi, le danger est autrement redoutable. La victime est alors désignée d'avance, l'attentat est prémédité, préparé de longue main, et le résultat est souvent fatal. C'est ici la vraie *période médico-légale* du délire de persécution, celle qui devrait être le mieux connue des médecins et des magistrats. Toute personne choisie par un malade pour son persécuteur est sans cesse en danger de mort. Voilà ce qui n'est pas assez connu, en dehors des spécialistes, et ce qu'il ne faut pas se lasser de répéter. De terribles exemples, tout récents, nous ont montré qu'il est encore indispensable d'insister sur ce point.

La systématisation délirante s'accuse encore, à la période d'état, par des modifications dans le langage écrit et parlé, par le besoin qu'éprouve le malade d'exprimer ses idées et ses sensations morbides au moyen de signes particuliers, qui lui semblent plus expressifs que ceux de la langue commune (paralogie, paragraphie). Il crée des *néologismes* qui n'ont de sens que pour lui : il est tourmenté par les *fouinards*, les *locustins*, les *comprimateurs*, les *confitureux*, les *tue-peuple-à-tas*, etc., au moyen de l'*auscultation* et de la *désauscultation*, de la *subjugation*, des *poids skinériques*, de la *boîte oléophone*, d'appareils *céphalétiques*, *échostiques*, etc., etc. Tous les auteurs ont rapporté quelques-uns de ces termes plus ou moins bizarres, qui finissent par se multiplier avec les progrès de la maladie jusqu'à rendre difficilement compréhensible le langage des vieux persécutés[1].

L'écriture est également modifiée ; « les malades composent de nouveaux signes, modifient les lettres, soulignent certains mots avec soin, sans aucune raison, se servent d'encres de couleurs variées, etc. » (Schüle).

[1] Les néologismes ne se rencontrent pas que chez les persécutés, mais chez eux ils sont particulièrement fréquents et expressifs. Voir Etude clinique des néologismes, par Lefèvre, *th. Paris*, 1891.

Vers la fin de la deuxième période apparaît souvent un symptôme extrêmement intéressant, qui traduit la dissociation croissante de la personnalité et qui est une sorte de transition à sa transformation définitive, réalisée dans la période suivante. Il s'agit de l'*antagonisme des idées délirantes,* préparé par l'antagonisme hallucinatoire dont nous avons parlé plus haut. Cet antagonisme se manifeste maintenant sous la forme précise d'*idées de défense,* qui viennent former comme la contre-partie des idées de persécution représentant l'attaque ; au Mal s'oppose le Bien, et, dans l'atroce situation où se débat le malheureux persécuté, c'est la première lueur d'espoir qui apparaît et comme le premier indice des satisfactions plus précises que lui apporteront bientôt les idées de grandeur. Cet antagonisme délirant, entrevu par Baillarger, Morel et par d'autres encore, a été particulièrement étudié en France par J. Falret et par Séglas[1]. Un élève de Vanves, le Dr Carpentier, lui a consacré plus récemment une thèse intéressante[2].

Il n'est plus question ici de ces procédés variés et que nous avons étudiés plus haut, de ces moyens de défense par lesquels le persécuté s'ingénie à se protéger contre les tourments qu'on lui inflige. Il s'agit d'*idées délirantes,* antagonistes des idées de persécution, à l'égard desquelles le malade reste complètement passif, comme il l'est à l'égard des idées de persécution.

On peut retrouver pour les idées de défense une gradation analogue à celle que nous avons décrite dans la systématisation des idées de persécution (voy. thèse Carpentier). Un certain nombre de ces malades s'en tiennent à une *formule vague:* « Si je n'avais pas de protecteurs, comment pourrais-je résister aux assauts de mes ennemis ? ». Mais beaucoup vont plus loin, et ils précisent la nature de leurs protections. C'est d'abord « *la protection collective :* la médecine, la défense, les amoureux bienveillants, les dames de l'aristocratie, les messieurs » (Séglas).

C'est ensuite « *la protection personnifiée :* Jeanne d'Arc, la reine d'Italie, M. Berryer, l'Empereur, la ville de Belleyme, Dieu, etc. » Quelquefois, le protecteur est un personnage dont le malade affirme l'existence mais qu'il ne connaît pas. Un malade de Vanves, officier de marine, est envoyé en Crète, d'où il revient plus malade qu'à son départ. Il apprend là-bas que son prédécesseur avait perdu un fils venu en Crète avec lui. Comme, avant son départ, on lui avait fait subir un examen médical pour s'assurer de son aptitude physique, il en conclut d'abord que ses ennemis l'ont envoyé en Crète pour qu'il y trouve la mort, et ensuite qu'un protecteur inconnu avait prescrit la visite médicale dans l'espoir d'empêcher son embarquement et de le sauver. Mais le protecteur a eu le dessous !

Dans certains cas, la défense se manifeste au moyen des hallucinations de l'ouïe. On peut y observer tous les degrés de complication. Un de nos malades, halluciné depuis trente ans, entend une voix qui lui annonce sa prochaine sortie, son triomphe sur ses ennemis et un million pour l'indemniser de ses

[1] Séglas et Besançon : De l'antagonisme des idées délirantes chez les aliénés. *Annal. méd.-psych.*, 1889, t. IX, p. 5.

[2] Carpentier. De la défense dans le délire de persécution chronique. *Th. Paris*, 1886.

pertes et de ses souffrances. Bien que cela lui paraisse absurde, on le lui répète tellement « qu'il finira par y croire ». Il s'impatiente et réclame cette indemnité qui tarde à venir : « J'ai quatre-vingt-un ans et demi, écrit-il à M. Falret; s'il y avait lieu de m'indemniser pour le crime monstrueux dont je suis victime, je n'ai plus le temps d'attendre, etc. » (Observation reproduite dans la thèse de Carpentier déjà citée).

Un autre de nos malades entend souvent une grande dame de Prague qui le protège depuis longtemps, et qu'il connaît en réalité, lui dire « Espère, espère ». Cette dame le dirige et l'inspire constamment, même dans les choses les plus simples.

Ces hallucinations sont parfois très développées. Les conversations qu'entend un autre malade « sont de véritables discussions, il y a toujours deux partis contraires : l'avocat de la bonne cause et celui de la mauvaise ; il ne manque plus que le ministère public » (Thèse Carpentier).

Chez quelques sujets, la *défense* constitue un véritable système presque aussi développé que celui des persécutions. Une persécutée, internée à Vanves, a créé tout un système manichéiste pour expliquer son état : deux principes, l'*électricité,* ou le mal, l'*âme,* ou le bien, dirigent et gouvernent le monde, au moyen de la *suggestion* et de l'*inspiration,* etc. Ces deux principes sont dans une lutte incessante. Chez elle, c'est l'*électricité* qui l'emporte pour le moment ; on l'a endormie profondément, afin qu'au réveil elle ait oublié toutes ses souffrances et qu'on la croie folle. Mais elle ne veut pas oublier ! L'*âme* finira pas triompher, le jour du réveil sera un grand jour, etc.[1].

Troisième période. *Idées de grandeur.* — Tous les auteurs ont signalé l'orgueil parmi les traits caractéristiques de l'état mental des persécutés. Ils sont déjà des orgueilleux lorsqu'ils pensent que le monde entier s'occupe d'eux pour les faire souffrir . Ils le sont plus nettement encore et, d'une façon plus pathologique, lorsqu'ils parlent de leurs protecteurs mystérieux et puissants. Mais jusqu'alors, ils sont orgueilleux, ils ne sont pas mégalomanes ; ils s'attribuent de l'importance, ils ne se décorent pas de titres, de qualités, d'un rang imaginaire. Quand ils en viennent là, quand ils présentent des idées délirantes de grandeur, ils sont entrés dans la troisième et dernière période du cycle morbide.

On a beaucoup discuté sur la fréquence de cette transformation délirante, que Morel, nous l'avons dit, avait signalée un des premiers. J. Falret, en 1887, l'admettait dans *un tiers des cas* de délire des persécutions systématiques. Depuis, il considère comme plus fréquente encore l'apparition des idées de grandeur. « Plus on observe attentivement ces malades, plus on découvre chez eux l'existence du délire des grandeurs, alors qu'on ne la soupçonnait pas au premier abord. Cela tient surtout à la dissimulation des malades, à la honte qu'ils éprouvent à avouer ce délire[2] ». J. Falret ne pense pas, cependant, que la phase mégalomaniaque soit constante dans le délire de persécution

[1] F. L. Arnaud. *La folie à deux*, loc. cit.
[2] Soc. méd.-psych., séance du 29 juin 1896.

systématisé : « Nous concluons, dit-il, que le délire des grandeurs, plus fréquent qu'on ne le croyait encore il y a quelques années, dans le vrai délire de persécution, est loin cependant d'être constant, n'est pas un élément indispensable pour le constituer. »

Magnan, au contraire, fait rentrer la période mégalomaniaque dans la définition même de son « délire chronique », et il admet que l'apparition des idées de grandeur est constante chez les délirants chroniques à évolution complète. Quand on se borne à l'examen des faits, abstraction faite de toute idée doctrinale, on peut, croyons-nous, conclure que le délire des grandeurs apparaît dans *le plus grand nombre des cas* de délire de persécution systématisé chronique, mais dans une proportion qu'il est impossible de fixer. Tantôt le malade meurt d'une affection intercurrente, avant d'avoir parcouru le cycle complet de son délire ; tantôt la mégalomanie, peu développée, reste inaperçue ; tantôt, enfin, elle n'existe pas, sans que l'on soit autorisé pour cela à exclure ces cas du cadre de la maladie. Un délirant persécuté qui passe par les périodes d'inquiétude et de persécution systématique, avec les interprétations et les hallucinations caractéristiques, même s'il ne présente jamais d'idées de grandeur n'en est pas moins atteint de cette psychose bien déterminée qui correspond à la paranoïa chronique des Allemands et au délire systématisé progressif des aliénistes français. Il faut s'en tenir, sur cette question, à la sage parole du Professeur Ball : « Ni jamais, ni toujours », mais, ajouterons-nous volontiers, *le plus souvent*.

Quand elles apparaissent, les idées de grandeur viennent apporter un réconfort et un véritable soulagement au malade qui se débattait dans les angoisses que nous avons décrites. On est d'accord pour admettre trois modes d'apparition des idées de grandeur.

1° Le mode d'apparition qui est peut-être le plus habituel est la *transformation logique* des idées de persécution. C'est le procédé sur lequel a particulièrement insisté A. Foville[1]. « Frappés, dit cet observateur distingué, du peu de rapport qui existe entre leur position bourgeoise et la puissance dont leurs ennemis doivent disposer pour les atteindre en dépit de tout, entre le rôle effacé qu'ils jouent dans le monde et les mobiles impérieux qui seuls peuvent expliquer l'acharnement avec lequel on les poursuit, quelques-uns de ces malades finissent par se demander si réellement ils sont aussi peu importants qu'ils le paraissent... Pour qu'on les attaque comme on le fait, il faut, se disent-ils, que l'on ait un intérêt à agir ainsi, et si l'on a un si grand intérêt à les perdre, c'est qu'ils portent ombrage à quelque personnage riche et puissant, c'est qu'ils auraient droit eux-mêmes à une richesse et à une puissance dont ils sont frauduleusement dépouillés, c'est qu'ils appartiennent à un rang élevé,... c'est que les gens qu'ils avaient considéré comme leurs parents ne sont pas leurs parents véritables, c'est qu'ils appartiennent en réalité à une famille de premier ordre, à une souche royale le plus sou-

[1] *Etude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs*, Mém. Acad. de méd., t. XXIX.

vent. » Un de nos malades de Vanves, enfant naturel, élevé par les soins de fonctionnaires assez haut placés, fréquentant des personnages en relation avec l'empereur, réfléchit longtemps sur l'irrégularité de sa naissance et finit par se croire le fils de Napoléon III : il s'expliqua dès lors tous les tourments auxquels il etait en butte depuis si longtemps.

2° Dans d'autres cas les idées de grandeur sont *consécutives à des hallucinations*. Les malades s'entendent répéter : Tu es prince, tu es millionnaire! Quelquefois, ils acceptent immédiatement ces dignités qui leur sont dévoilées de la sorte. Mais, parfois aussi, ils résistent longtemps à ces hallucinations mégalomaniaques, ils peuvent même ne jamais en tirer de véritables idées de grandeur ou, du moins, ne les accepter que momentanément. Nous avons observé pendant de longues années, à Vanves, un malade bien remarquable à cet égard. Ses voix lui parlaient souvent de millions, et, parfois, il prenait ces promesses au sérieux, en disant que cela lui était bien dû comme indemnité de ses souffrances. Mais, bientôt, il s'irritait contre ceux qui répétaient *ces bêtises* pour *se moquer de lui*. Ce malade est mort à quatre-vingt-onze ans, après plus de soixante ans de délire, un peu affaibli intellectuellement dans les deux ou trois dernières années de sa vie, ayant complètement abandonné pendant cette période toute croyance aux millions. Il n'a jamais présenté de traces d'aucune autre idée de grandeur.

3° Enfin les idées de grandeur peuvent naître *subitement, spontanément*, en dehors de toute hallucination : un fait insignifiant, une lecture, par exemple, ou le hasard d'une interprétation quelconque dirigent l'attention du malade vers l'idée de grandeur qui s'impose à lui, avec tous les caractères de la certitude. Un de nos malades croit reconnaître une ressemblance entre son visage et un médaillon représentant Napoléon III; immédiatement, il croit être le fils de l'empereur, et cette idée a persisté. Une autre persécutée passe auprès d'un cheval qui incline et redresse la tête à plusieurs reprises : elle voit là une preuve qu'elle est de naissance royale, *puisque* les chevaux *la saluent*.

Chacun des trois modes que nous venons d'examiner correspond à la manière dont les idées de grandeur se précisent et se formulent au dehors plutôt qu'à la façon dont elles naissent et se développent dans l'esprit du malade ; c'est une constatation clinique et non une explication psychologique. Quand les idées de grandeur apparaissent, c'est qu'elles existaient déjà, au moins à l'état latent, dans le for intérieur; elles passent de l'état plus ou moins inconscient à l'état conscient. Cela n'est pas douteux quand il s'agit de l'hallucination mégalomaniaque, l'hallucination n'étant pas autre chose qu'une idée objectivée. On pourrait encore moins s'expliquer la *genèse spontanée*, à propos d'un fait accidentel, si l'on n'admettait pas l'existence préalable d'idées encore vagues et n'attendant que leur formule définitive.

Le développement *logique*, décrit par Foville et accepté par de nombreux auteurs, ne nous paraît pas, au fond, plus satisfaisant. Nous partageons sur ce point l'opinion du professeur Ball, de Christian, de Cullerre, de Séglas, de Ballet, etc. On pourrait reprocher à cette logique d'être vraiment trop

sommaire, trop facile à contenter; en effet, si les idées de persécution rendent vraisemblable l'existence d'un ennemi intéressé à nuire, voulant se débarrasser d'un obstacle, elles n'impliquent en aucune façon que le persécuté doive être de race royale ou d'essence divine. Mais il est surtout vrai de dire que la logique n'intervient guère dans la *production* des idées, quelles qu'elles soient. La logique est une opération secondaire qui s'exerce sur des éléments qu'elle n'a pas créés. Ces éléments, qui sont les idées, dérivent de sources lointaines et profondes, formées par nos tendances, par nos sentiments, par nos états affectifs quelconques, par nos acquisitions de toute espèce. C'est parce que le persécuté a des tendances particulières, orgueilleuses, une personnalité primitivement déviée dans le même sens, qu'il est devenu d'abord persécuté et qu'il devient mégalomane. En ce sens, on peut parler de développement logique, s'il s'agit de la logique d'une situation déjà ancienne, d'un développement tout intérieur. Mais, en aucun cas, il ne pourrait être question d'un *raisonnement logique*. Le raisonnement n'intervient que pour mettre d'accord, vaille que vaille, les anciennes idées délirantes et celles qui apparaissent nouvellement à la conscience. « On ne conduit pas à son gré son esprit dans les chemins de l'absurde, a dit fort justement B. Ball ; la logique n'intervient qu'après coup pour plâtrer les malversations de l'intelligence. »

La physionomie des idées de grandeur est très variable suivant les malades. Les unes sont relatives à la *situation sociale :* le malade prétend appartenir à une illustre famille, être noble, prince, roi, etc. D'autres intéressent sa *personnalité* même : il est l'âme du monde, le germe de l'Univers, il est un nouveau Christ, il est Dieu ; les persécutées femmes disent assez souvent personnifier Jeanne d'Arc ou la Sainte Vierge. D'autres idées encore ont pour objet la *puissance* ou la *fortune :* les malades possèdent ou doivent posséder des trésors divers, ils prétendent exercer une influence politique, ils commandent à une nation, au monde, aux astres mêmes, etc.

Après un temps variable, ces idées peuvent acquérir un énorme développement. Un malade de Vanves répète à qui veut l'entendre : « Je tiens et dirige le monde ; je suis la naissance, la source, le départ, le lien, la ligne et la vie éternelle. Je suis le sommeil Dieu, les *états-Dieu* de toute chose ». Il se plaint qu'on ait « détruit ses neuf étages de tête en double surface ». Une persécutée mégalomane, qui prétend que les astres lui obéissent, que le soleil et la lune la suivent quand elle sort, dit encore être « le fil unique reliant le ciel et la terre ».

Ces différentes idées de grandeur sont tantôt isolées et tantôt réunies chez un même malade. Elles ne présentent pas d'emblée le maximum de leur développement et, au début, elles n'ont ni la fermeté, ni la complexité qu'elles atteindront plus tard. Aussi, au début, les voit-on parfois se modifier et s'adapter aux circonstances. C'est ici que le raisonnement logique peut avoir une action manifeste, beaucoup plus que sur la genèse même de l'idée. En voici un exemple très net : Mme A. se prétend fille de Charles X. On lui fait observer qu'il était mort depuis plusieurs années quand elle est née.

Quelques jours plus tard, elle est devenue la petite fille de Louis XVII, qui n'est pas mort au Temple, etc.

Dès qu'elles sont apparues, les idées de grandeur ont une action consolante et pacifiante sur les dispositions du malheureux persécuté ; elles atténuent l'extrême irritation, la colère douloureuse et angoissante qu'entretenaient les idées de persécution ; elles modifient enfin la physionomie et l'attitude des malades qui sont moins inquiets, moins sombres que dans la période précédente : ils portent haut la tête, regardent en face et avec confiance, ont parfois l'air souriant et satisfait. Cette *modification dans la manière d'être* du persécuté est souvent le premier indice qui permet de soupçonner chez lui l'existence des idées de grandeur. Elle acquiert ainsi une réelle importance, car, par un sentiment de défiance ou de pudeur, le malade dissimule ses idées de grandeur pendant très longtemps quelquefois ; et, si on ne les recherche pas avec soin, on est exposé, ainsi que nous l'avons déjà indiqué, à les méconnaître dans des cas où elles existent très nettement. On n'arrive pas toujours à les dépister, même par un habile interrogatoire. Dans ces cas difficiles, l'examen attentif des paroles que laisse échapper le malade, de ses actes, de son attitude avec les personnes de son entourage et avec les étrangers, de la façon dont il s'habille, etc., permettra de découvrir l'existence d'idées de grandeur dissimulées. On pourra constater des manifestations orgueilleuses dans la vie de tous les jours. Le malade parle avec hauteur, sur le ton du commandement ; il dédaigne les travaux inférieurs, il ajoute quelques ornements à son costume, à sa coiffure ; ou bien, il refusera de voir ses parents, qu'il considère comme de trop petites gens, indignes de lui. Parfois, c'est dans ses lettres, dans divers écrits que le malade dévoilera son délire ambitieux, etc. [1].

Au bout d'un certain temps, les idées de grandeur finissent par dominer à ce point que non seulement le malade ne les dissimule plus, mais qu'il éprouve le besoin de les étaler aux yeux de tous, de les faire connaître au monde entier. C'est alors qu'il signe de ses prétendus titres, qu'il se décore d'ordres imaginaires dont il arbore les insignes, qu'il se revêt d'oripeaux voyants, etc.

Il n'est pas rare de voir les persécutés mégalomanes, au fur et à mesure que se transforme leur personnalité, faire subir une transformation parallèle à leurs prétendus persécuteurs. Cotard avait signalé ce fait, d'une manière générale, en 1877 : « Je n'ai pas besoin d'ajouter, disait-il, qu'en même temps que leur personnalité se transforme, la plupart des aliénés font subir une transformation adéquate aux personnes qui les entourent [2] ». B. Ball parle également de ce symptôme, qu'il qualifie de *transformation double de la personnalité* ; il en rapporte, d'après Vallon, un exemple intéressant : le malade dont il s'agit s'intitule prince de Hohenzollern et Empereur de France, son ennemi devient un homme politique très important, qui conspire, avec Bismark, pour la destruction de la France. M. est Dieu ; J. est aussitôt le

[1] Voir à ce sujet, la thèse intéressante de Lachaux (Paris, 1893) : *De la dissimulation des idées de grandeur dans le délire chronique.*

[2] Art. *Folie* du dict. encyclop., p. 284.

diable[1] ». Une de nos malades, qui se dit la Mère du Christ fait de M. Falret « le Roi, le Dieu de l'Enfer ». Une autre, qui est Reine de l'Olympe, appelle son mari « Satan, Roi des Enfers ».

Le délire se complique singulièrement par l'adjonction des idées de grandeur qui se mêlent aux idées de persécution, les influencent de diverses façons, en produisent de nouvelles, de manière à former un tout coordonné. C'est encore là qu'interviennent les tendances logiques, pour mettre d'accord et réunir en un même système les anciennes idées de persécution et les nouvelles idées de grandeur : les malades y voient la justification de leurs craintes et de leurs plaintes, ils s'irritent qu'on les frustre de leurs biens, de leurs honneurs, etc. Mais, ainsi que nous le soutenons avec de nombreux observateurs, les idées de grandeur *ne font pas disparaître, n'effacent pas les idées de persécution,* si ce n'est dans des cas exceptionnels et après un long temps. « Le délire ambitieux des persécutés, dit Ball, verse toujours dans le sens de la persécution. S'ils ont de la fortune, on cherche à la leur enlever. On leur fait des procès injustes. On les enferme pour les empêcher de faire valoir leurs droits. S'ils sont dieux, réformateurs ou prophètes, toujours l'esprit du mal est là pour les combattre... Ainsi, vous le voyez, l'idée du malheur et la préoccupation de l'injustice hantent toujours le cerveau d'un persécuté. Ce sont les ronces et les épines qui poussent naturellement sur ce sol ingrat. Jamais le persécuté n'est content, jamais il n'est satisfait, jamais il n'est tranquille, jamais il n'est *résigné*... On a vu des persécutés parvenus aux plus hautes positions et jouissant de toutes les satisfactions que la vie peut offrir, se plaindre toujours de leurs ennemis et vivre au sein d'une défiance perpétuelle. » (*loc. cit.*, p. 496).

On a voulu établir une sorte d'opposition entre les hallucinations et les idées de grandeur chez les persécutés ; plus les unes seraient développées, plus les autres resteraient atténuées : « Plus les perversions sensorielles demeurent intenses, moins le délire de grandeur prend de l'importance. » (Mairet)[2]. Il peut en être ainsi dans certains cas particuliers, mais généraliser cette remarque serait une erreur clinique. Rien n'est plus fréquent que la coexistence d'hallucinations très actives, très intenses et d'idées de grandeur très développees, et cela pendant de longues années. Mais il est juste d'observer que, chez les très vieux persécutés, les idées de grandeur restant *cristallisées* (Falret père), les hallucinations ne conservent ni l'acuité ni la fréquence qu'elles avaient autrefois, elles passent au second plan.

La troisième période du délire de persécution à évolution systématique se poursuit ainsi, avec son mélange d'idées de persécution et d'idées de grandeur, pendant une durée indéfinie. La complexité du délire va croissant par la pénétration réciproque des deux ordres d'idées et par son extension de plus en plus envahissante. Le langage est surchargé de tournures spéciales,

[1] Ball. *Leçons sur les maladies mentales*, 2e édit., p. 510.

[2] Du délire des grandeurs dans la folie des persécutions, *Annal. méd.-psych.*, 1888, t. VII.

de termes qui ont une valeur symbolique pour le malade, mais qui sont peu ou point compréhensibles. Les actes, les habitudes sont *stéréotypés* comme les idées délirantes. Le délire ne se renouvelle plus, les mêmes idées reviennent toujours, dans les mêmes termes ; les hallucinations perdent de leur vivacité, il devient difficile de les distinguer des interprétations, toujours innombrables, etc. Très brillant autrefois, le délire tourne au rabâchage monotone. Comme chez tous les aliénés chroniques, la sphère affective est atteinte, le malade devient indifférent pour sa famille, pour ses anciens amis, etc. Mais la mémoire est conservée, l'association des idées ne présente pas d'altération sérieuse, et l'activité intellectuelle est loin d'être éteinte. Même à un âge avancé, les persécutés mégalomanes s'intéressent dans une certaine mesure aux faits du jour et y adaptent leur délire. Ils lisent les journaux, ils apprécient convenablement les faits étrangers à leurs préoccupations délirantes, ils écrivent dans des circonstances spéciales des lettres en rapport avec ces circonstances et parfois tout à fait correctes. Enfin, ni leurs actes ni leurs propos ne trahissent l'incohérence des déments[1]. Cet état ne mérite donc en aucune façon d'être assimilé à la démence, à moins de changer complètement la signification de ce mot. Les vieux persécutés présentent, en définitive, l'état mental qui correspond à leur âge ; la démence n'est pas la terminaison obligée de leur délire, elle n'en est pas même la terminaison habituelle ; chez les persécutés, comme chez les sujets normaux, la démence est un accident, somme toute assez rare.

Marche. — Nous avons suivi l'évolution générale du délire de persécution à travers ses trois phases d'inquiétude, de systématisation et de mégalomanie. Mais le développement de ces périodes ne se fait pas d'une façon absolument continue et regulièrement progressive. Il faut savoir, au contraire, que la maladie présente de fréquentes irrégularités ; des périodes de calme, avec atténuation apparente ou dissimulation du délire et surtout de ses manifestations extérieures, peuvent en imposer pour une guérison, et des *paroxysmes* hallucinatoires et délirants sont, au contraire, de nature à dissimuler la réelle continuité du délire et à faire croire à des rechutes. Parfois on observe, mais seulement aux premières périodes, de véritables *rémissions*, au cours desquelles le malade se sent assez bien pour réclamer sa mise en liberté. La connaissance de ces faits est d'une extrême importance pour la médecine légale et, dans la pratique ordinaire, pour les questions de mise en liberté des malades. Ce n'est pas ici le lieu de développer ce point de vue qui est traité avec les développements qu'il comporte dans la partie de cet ouvrage consacrée à la médecine légale. Il me suffit de l'indiquer, parce qu'il n'est pas assez connu des médecins ni surtout des magistrats. « Ceux-ci, dit J. Falret, ne peuvent pas admettre qu'un aliéné puisse être différent de lui-même, selon les moments où on l'observe. C'est là une grave erreur pour tous les aliénés et pour les persécutés en particulier. Il est des malades qui pendant

[1] V. Verger. *Thèse citée.*

leur accès, sont évidemment aliénés aux yeux de tous; leur délire est tellement étendu et complexe, quoique partiel et restreint, que personne ne peut en contester l'existence. Le malade lui-même avoue ses hallucinations : on l'insulte, on lui parle à travers les plafonds et les murailles; il entend les voix de ses ennemis imaginaires qu'il ne voit pas et dont il ne peut pas démontrer l'existence : son délire est donc évident pour tous. Mais il n'en est plus de même à d'autres périodes de la maladie. Le médecin lui-même hésite pour savoir s'il se trouve en présence d'une guérison ou seulement d'une cessation temporaire des symptômes. Les persécutés sont, à ce point de vue, les plus difficiles à observer de tous les aliénés. »

Dans les paroxysmes apparaissent des symptômes d'excitation violente qui impriment à la maladie une physionomie particulière. Tantôt, les malades sont menaçants et extrêmement dangereux pour leur entourage, tantôt au contraire ils présentent de véritables crises de terreur, analogues aux *raptus mélancoliques,* avec angoisse, tremblement, sueurs profuses. Cela se voit principalement chez les malades qui éprouvent des troubles intenses de la sensibilité générale. Ils disent qu'ils se sentent devenir paralysés, qu'ils vont mourir, ils réclament un prêtre, et, si on refuse, leur angoisse devient affreuse. De même, sous l'influence de craintes d'empoisonnement, ils refusent les aliments avec obstination et ils résistent violemment quand il faut les nourrir à la sonde. L'intensité des hallucinations peut produire les mêmes effets. Un de nos malades nous raconte qu'on le torturait depuis longtemps par toute sorte de *bruits.* Quand il était chez lui, les portes grinçaient, le parquet craquait au-dessus de sa tête. Ces craquements correspondaient à chacun de ses actes, à chacune de ses pensées; donc, ses pensées et ses actes étaient épiés et connus. Un soir, on est allé jusqu'à l'intimidation dans la rue : les tramways cornaient et grinçaient, les portes battaient violemment, les gens criaient. Il va du côté de la gare Montparnasse, les locomotives soufflaient et sifflaient d'une façon effroyable. Terrifié, il saute dans une voiture, se fait conduire à la gare du Nord et prend le train pour Bruxelles. Il appelait cela le « coup du quatrième acte de Faust », consistant à terrifier quelqu'un pour obtenir de lui un mot ou un geste compromettant et dire ensuite qu'il a vendu son âme au diable. Un autre entend des voix qui lui promettent le trône. Mais, en même temps, il entend des roulements de tambour suivis d'une proclamation le condamnant à mort pour avoir cherché à rétablir la royauté. Saisi de terreur, tout tremblant, il se précipite vers nous, supplie qu'on le protège ou, tout au moins, qu'on fasse venir un prêtre pour l'assister à ses derniers moments.

Ces variations dans l'intensité de la maladie, ces alternatives de calme relatif et d'excitation délirante ne s'observent guère que dans les deux premières périodes. Quand les idées de grandeur se sont une fois installées, le malade ne réagit plus avec la même vivacité et la marche de l'affection ne présente plus de ces soubresauts, elle est beaucoup plus monotone.

La durée de chaque période est sujette aux plus grandes variations d'un malade à l'autre. Ordinairement, cette durée comprend plusieurs années. Mais, il est des cas où, comme on l'a dit, le malade *brûle les étapes* et passe rapide-

ment, en un an ou deux, de la phase inquiète et soupçonneuse du début aux idées de grandeur caractérisées, sans que la suite de la maladie soit modifiée pour cela; parfois même les idées de grandeur suivent de si près les idées de persécution caractérisées que les unes et les autres peuvent sembler contemporaines.

Enfin, il ne semble pas contestable qu'un certain nombre de persécutés systématiques s'immobilisent indéfiniment à la période des idées de persécution et ne présentent jamais d'idées de grandeur, même alors qu'ils parviennent à un âge avancé et qu'il est vraiment difficile de soutenir que la mort a interrompu prématurément l'évolution de leur délire. Tous les auteurs classiques ont rapporté des faits de ce genre. Plus récemment, dans un mémoire très étudié, Taty et Toy[1] donnent de nombreuses observations de persécutés qui, après quinze, vingt ans et plus de délire, sont arrivés à un affaiblissement des facultés plus ou moins marqué sans avoir jamais présenté d'idées de grandeur.

Le délire systématisé primitif de persécution est peut-être la plus grave des vésanies; il en est, à coup sûr, une des plus graves. On admet généralement que la guérison est possible aux deux premières périodes, mais il faut ajouter qu'elle y est exceptionnelle. Quand le malade est arrivé à la phase des idées de grandeur, il n'y a plus rien à espérer.

Le *pronostic* de cette forme mentale est donc des plus sombres.

Diagnostic. — On rencontre des idées de persécution plus ou moins systématisées dans une foule d'états psychopathiques, qu'il importe de distinguer du délire de persécution primitif à évolution systématique.

a. *Mélancolie.* — Jusqu'à Lasègue, les persécutés étaient confondus avec les mélancoliques. Les nombreux travaux qui ont suivi le mémoire de Lasègue ont rendu la distinction facile pour les cas typiques de l'une et l'autre affection.

Le début est très différent. Dans la mélancolie, le délire est précédé d'un stade de dépression physique et morale; la santé physique du mélancolique est toujours altérée. Son état moral est caractérisé par un changement profond de la cénesthésie, par une modification de la personnalité, par une émotivité anormale, par l'empêchement ou par l'impuissance psychique (aboulie) et par une douleur morale d'une intensité variable; le délire, quand il apparaît est *secondaire* à ces troubles émotionnels qui l'expliquent. Chez le persécuté, au contraire, le délire est *primitif*, l'intelligence est tout d'abord lésée, et les troubles qu'entraîne la maladie ne sont que l'exagération des tendances antérieures, elles ne modifient pas (dans les premières périodes) la personnalité du malade. De plus, le délire du mélancolique est *divergent*, c'est-à-dire que le malade place en lui-même le point de départ du mal et vit dans l'appréhension de le voir s'étendre à autrui. Le délire du persécuté présente un caractère opposé, il est *convergent*, *égocentrique* (Ziehen), c'est-à-dire que le malade

[1] Taty et Toy : Des variétés cliniques du délire de persécution, *Annal. méd.-psych.*, 1897.

localise au dehors le foyer du mal dont il se plaint et s'inquiète uniquement de ses souffrances personnelles. Aussi, tandis que le mélancolique attend avec anxiété le châtiment de ses fautes, le persécuté proteste et s'insurge contre les maux qu'il endure. Le premier est un prévenu, disait Lasègue, le second est un condamné. Schule exprime la même idée en disant que, chez le persécuté, l'idée délirante agit comme un témoin à décharge, tandis qu'elle agit, chez le mélancolique, comme un témoin à charge. De ces différences fondamentales du délire résultent d'autres différences importantes, fort bien indiquées par J. Falret[1].

« 1° Les aliénés persécutés sont des orgueilleux, et les mélancoliques anxieux sont des humbles.

2° Les persécutés ont leur attention fixée sur le passé ou sur le présent, et les anxieux ont les regards tournés vers l'avenir. Les premiers se plaignent des tortures subies dans le passé ou dans le présent, et les seconds appréhendent ou redoutent les malheurs qu'ils doivent éprouver dans l'avenir.

3° Le persécuté se défie des autres et n'a confiance qu'en lui-même. Le mélancolique anxieux se défie de lui-même et se lamente incessamment sur son incapacité et son impuissance.

4° Le persécuté *accuse les autres*, et l'anxieux *s'accuse* lui-même.

5° L'un est menacant et devient facilement persécuteur, l'autre est craintif et pusillanime et se croit réservé aux plus grands malheurs. Aussi l'un est-il poussé de préférence à l'homicide, et l'autre au suicide.

6° Le persécuté est *actif* et a les caractères généraux des monomaniaques d'Esquirol, et l'autre est *passif* et présente les symptômes physiques et moraux des mélancoliques.

7° Le persécuté a le sentiment de la santé physique et ne souffre que parce qu'il croit qu'on le fait souffrir. L'anxieux a, au contraire, le sentiment d'un profond malaise, de la souffrance physique et morale et se sent malheureux jusqu'au dégoût de la vie.

8° Les persécutés marchent vers le délire des grandeurs à mesure qu'ils avancent vers la chronicité, tandis que les anxieux tendent vers le délire hypochondriaque et le délire des négations. »

Ajoutons que l'*hallucination de l'ouïe,* constante chez le persécuté systématique, est rare chez le mélancolique, tandis que l'hallucination *visuelle* présente un rapport inverse.

Mais il est des cas plus difficiles à distinguer. Ce sont les faits complexes dans lesquels des idées de persécution se mêlent à des idées mélancoliques ou hypochondriaques. Ces cas seront l'objet d'une étude spéciale, à la suite de laquelle le diagnostic sera plus utilement discuté (voy. p. 549).

Nous renvoyons également à la page 543 pour le diagnostic de la variété *psycho-motrice* ou *délire de possession* et à la page 558 pour celui du délire *systématique primitif d'auto-accusation.* Rappelons seulement ici que dans

[1] J. Falret. Des variétés cliniques du délire de persécution, *Annal. méd.-psych.*, juillet et novembre 1896.

les cas épineux c'est surtout la notion de l'évolution qui tranchera la difficulté.

b. *Alcoolisme.* — L'alcoolisme subaigu [1] s'accompagne fréquemment d'idées de persécution et quelquefois d'idées de grandeur. Mais les caractères de ces idées délirantes sont bien différents chez l'alcoolique et chez le persécuté. L'alcoolique est dominé par des hallucinations multiples et mobiles (vue, ouïe, odorat, goût), auxquelles est subordonné le délire, qui participe de la mobilité et de la confusion hallucinatoire ; ce délire est accompagné, en outre, d'une demi-hébétude, d'une sorte d'état de *rêve* (Lasègue), et aussi d'un sentiment de terreur et de réactions de défense instinctives et souvent violentes. Ces différents symptômes, surtout les hallucinations et les frayeurs, souvent très atténués pendant le jour, s'exaspèrent le soir ou pendant la nuit ; quand il n'y a pas insomnie complète, le sommeil est troublé par des cauchemars. De plus, on note les *signes physiques* de l'intoxication : tremblements, troubles digestifs, sueurs, etc. Chez le persécuté, il n'y a ni cauchemars, ni crises nocturnes, ni signes physiques. Les hallucinations suivent les idées délirantes, au lieu de les commander ; les unes et les autres sont beaucoup plus fixes et plus fortement systématisées. D'ailleurs, le délire alcoolique s'atténue rapidement par la suppression du toxique, et le plus souvent il disparaît en quelques jours, en deux ou trois semaines au plus.

Cependant, une erreur serait possible en présence d'un persécuté ayant fait des excès d'alcool, d'un persécuté *arrosé,* qui présenterait, concurremment avec son délire systématique, les symptômes de l'alcoolisme délirant. Dans ce cas, la suppression de l'alcool permettra de juger rapidement la question.

Mais il est une difficulté beaucoup plus grande pour le diagnostic. L'intoxication alcoolique peut donner lieu à un délire systématique de persécution prolongé pendant plusieurs mois, mais encore curable, elle peut aussi n'être que l'agent provocateur d'une prédisposition latente et mettre en branle un véritable délire de persécution chronique. Cependant, le délire alcoolique de persécution systématisé, présente encore, quand il persiste après la disparition des signes aigus ou subaigus de l'intoxication, certains symptômes qui permettent de reconnaître sa vraie nature : les hallucinations de la vue y sont fréquentes et bien caractérisées, alors qu'elles manquent ou sont très peu précises dans le délire de persécution légitime. Les idées d'empoisonnement et surtout les idées de *jalousie* tiennent dans le délire alcoolique une place prépondérante ; ces dernières suffiraient presque à caractériser le délire alcoolique systématisé. De plus, les impulsions homicides sont plus fréquentes, plus subites chez les alcooliques, les troubles de la *sensibilité générale* sont plus accusés, quelques *troubles moteurs* (tremblement, légère ataxie) persistent d'ordinaire, et enfin, la *vigueur intellectuelle* est moindre, la démence est la conséquence des excès alcooliques. Mais ces signes différentiels, malgré leur

[1] Voir à ce sujet, le travail si remarquable de Lasègue : De l'alcoolisme subaigu, *Archiv. génér. de méd.,* 1869.

réelle valeur, ne sont pas toujours très évidents, et parfois on est obligé d'attendre l'évolution de la maladie pour porter un jugement définitif.

Les faits de ce genre ne sont heureusement pas fréquents. Mais il faut retenir de ce qui précède qu'en présence d'un malade offrant simultanément des troubles alcooliques délirants et un délire de persécution nettement systématisé, il est prudent de suspendre provisoirement le diagnostic et de faire des réserves formelles, au moins quant à la durée de la maladie.

c. Dans la *paralysie générale* au début, dans les *névroses* (hystérie, épilepsie, neurasthénie, goitre exophtalmique), dans le *tabes*, on peut observer encore des idées de persécution plus ou moins systématisées, accompagnées ou non d'idées de grandeur. Mais ce sont là des épisodes en rapport étroit avec la maladie principale dont ils suivent les fluctuations, et dont les symptômes essentiels permettent de reconnaître l'origine du délire. C'est ainsi que dans la paralysie générale, même au début, il existe des traces de démence commençante, des lacunes de la mémoire, et bientôt des symptômes physiques. Dans les névroses, le délire est en rapport d'apparition et d'intensité avec les crises convulsives ou anxieuses, avec des hallucinations de la vue ou avec des idées fixes; la marche de la maladie est irrégulière et capricieuse, etc. Toute difficulté sérieuse disparaît si l'on est renseigné sur le début du délire: dans les cas dont il s'agit, on ne retrouve pas cette période d'inquiétude ou d'incubation si caractéristique du délire de persécution vrai, non plus que la succession lente et régulière des phases de persécution et de grandeur.

d. *Déséquilibrés, héréditaires, dégénérés.* — Les délires systématisés de persécution qui apparaissent chez les sujets de cette catégorie sont ordinairement, en France, distingués nosologiquement du délire de persécution à évolution systématique. Nous avons vu que la plupart des auteurs allemands et italiens rangent, au contraire, les uns et les autres dans les *dégénérescences*. C'est dire que les signes tirés de la constitution générale des malades, du terrain qui a donné naissance à ces délires n'ont pas une valeur diagnostique aussi grande que le pensent certains auteurs (notamment Magnan). « Je n'ai jamais constaté, dit Krafft-Ebing [1] de *paranoïa* (délire systématisé primitif) chez des individus sans tare. Dans la grande majorité des cas, la tare était héréditaire... Tanzi et Riva ont trouvé dans leurs cas de paranoïa 77 p. 100 de cas héréditaires, 9, 5 p. 100 de troubles de développement par maladie du cerveau chez l'enfant ». Nous avons vu également que, suivant J. Falret et Krafft-Ebing, les futurs persécutés systématiques présentent dès l'enfance un état mental particulier qui les distingue des sujets normaux. Séglas, Legrain, Dericq, Ballet, ont aussi rapporté des faits de délire de persécution à évolution systématique développés chez des sujets porteurs de stigmates de dégénérescence. Il suit de là que s'appuyer principalement sur les stigmates physiques ou psychiques dits de *dégénérescence*, sur l'état mental antérieur à l'éclosion du

[1] *Traité clinique*, traduct. franç., p. 446.

délire, sur la quantité des antécédents héréditaires, pour préjuger de la nature et de l'avenir du délire, dans un cas donné, c'est s'exposer à des erreurs très fâcheuses. C'est sur d'autres symptômes qu'il faut établir le diagnostic différentiel, et les éléments en seront fournis par l'étude attentive des caractères du délire lui-même et de son évolution. Ce diagnostic est ici d'autant plus important que les délires systématisés des déséquilibrés sont assez souvent curables.

En s'en tenant aux seuls faits cliniques, il y a lieu de distinguer plusieurs catégories.

1° Le délire des *persécutés-persécuteurs*, que nous décrirons plus loin (p. 656) présente des ressemblances avec le délire de persécution à évolution systématique : la défiance, les interprétations délirantes, l'égoïsme, les tendances orgueilleuses et, parfois, de véritables idées de grandeur. Mais les différences sont plus tranchées encore et donnent à l'un et à l'autre délire une physionomie bien personnelle. Chez les persécuteurs, qui sont des aliénés *raisonnants*, il n'y a pas d'hallucinations, il n'y a pas même, le plus souvent, d'idées délirantes proprement dites (dans les cas exceptionnels où l'on a relevé des hallucinations, elles n'ont aucune influence sur le délire) ; la tendance persécutrice apparaît d'emblée et le choix d'un soi-disant persécuteur est précoce ; la systématisation est immédiate et définitive, elle ne présente ni évolution, ni transformation ; il n'y a pas altération de la personnalité par les progrès du délire.

On peut rencontrer cependant des malades présentant, à côté d'un délire de persécution systématisé et hallucinatoire, à évolution régulière, le délire des persécutés raisonnants avec ses réactions spéciales. Vallon en a cité un exemple très intéressant au Congrès de Nancy[1] sous le titre de « *délire des persécutions à double forme.* » « Les deux délires ont coexisté, dit Vallon, évoluant parallèlement, donnant lieu, chacun de son côté, à une réaction particulière, absolument comme s'ils avaient pris naissance chez deux individus différents. Mon malade a ainsi présenté, en même temps, à lui tout seul, les deux formes du délire des persécutions, autrement dit, il a eu un délire des persécutions à double forme ».

Ces faits ne sont pas fréquents, puisque Vallon déclare n'en avoir trouvé aucun autre exemple dans les auteurs. Mais, rapprochés de cet autre fait que le délire de persécution systématisé chronique apparaît assez souvent chez des sujets appartenant à la catégorie des raisonnants ou des « dégénérés », ils montrent qu'il n'y a pas entre ces diverses formes délirantes l'opposition absolue que l'on a voulu y voir.

2° Les délires *systématisés d'emblée* présentent quelques traits de ressemblance avec le délire de persécution classique, mais l'examen direct du malade permet le plus souvent le diagnostic : le délire est faiblement systématisé, il est polymorphe et mobile, il s'accompagne ordinairement d'une excitation générale ou d'un certain degré de confusion mentale. S'il restait quelques doutes, ils seraient bientôt dissipés, à défaut de la connaissance du mode de

[1] Congrès de Nancy, *Comptes rendus*, Paris, Masson, 1897, p. 268.

début, par la marche de la maladie : irrégularité dans la succession des idées délirantes, pas de périodes, pas d'évolution réelle, enfin atténuation rapide des symptômes et guérison habituelle de l'accès. (Voy. *Délires systématisés aigus*, p. 497).

3° Mais dans certains cas, le délire systématisé d'emblée se prolonge, se fixe dans une certaine direction et prend tous les caractères d'un délire chronique. Ce sont les *formes de transition* de Jastrowitz, le « délire d'emblée à évolution chronique » de Legrain. Ces cas sont les plus embarrassants, car les uns peuvent encore guérir après plusieurs années, tandis que les autres passent à la chronicité définitive. L'élément d'appréciation le plus important est fourni par le degré de systématisation du délire, et par la fixité plus ou moins grande des conceptions ; le passage à la forme chronique est surtout vraisemblable quand le délire se fixe et se sytématise progressivement, quand il se dégage de plus en plus des circonstances, des conditions du milieu, quand le domaine des interprétations délirantes s'étend progressivement, pendant que diminuent et s'affaiblissent les réactions émotionnelles. La distinction n'est cependant pas toujours possible. En effet, dit judicieusement G. Ballet[1], « ces caractères ont une réelle valeur pour différencier les types extrêmes, notamment le délire de persécution à évolution systématique typique du délire de persécution qu'on rencontre chez certains débiles. Mais entre le premier et ces derniers il y a des formes de transition, qui autorisent à se demander si le délire chronique constitue bien une espèce morbide à part ou n'est pas simplement la forme la plus achevée, la plus parfaite, du délire de persécution à marche chronique. Quelle que soit l'opinion qu'on se fasse sur le côté doctrinal de la question, il n'est pas douteux que les signes différentiels énumérés plus haut perdent une grande partie de leur valeur diagnostique lorsqu'on a affaire à une des formes de transition en question. Et il est tel cas où l'on ne saurait dire avec quelque certitude si l'on est en présence du délire chronique ou de ces délires de persécution à systématisation régulière qu'on observe parfois chez les dégénérés qui occupent les degrés élevés dans l'échelle de la dégénérescence mentale. »

Étiologie. — On manque de notions précises sur l'étiologie particulière du délire de persécution systématique, d'autant plus que la plupart des statistiques comprennent, à côté de la forme typique, des cas plus ou moins nombreux de délire de persécution d'une autre nature. C'est ainsi, par exemple, que la *fréquence* de ce délire varie beaucoup suivant les auteurs. Lasègue trouvait 14,28 persécutés sur cent aliénés. Legrand du Saulle donne une proportion un peu plus forte, 16,66 p. 100. A. Foville, à Charenton, en 1872, arrive à 19,49 p. 100. (Art. *Folie* du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*). Les statistiques récentes sont moins élevées. Planès[2] a trouvé un pourcentage de 8,16 ; Christian et Ritti, observant à

[1] *Délire de persécution*, in *Les psychoses*, traité de médecine, de Charcot et Bouchard.

[2] Quelques considérations sur la folie à Paris observée à l'infirmerie spéciale de la Préfecture de police. *Th. Paris*, 1886.

Charenton comme Foville, ne donnent plus, pour les années 1879 à 1887, que 10,30 p. 100[2]. P. Garnier, pour la période triennale 1886-1888, trouve 8,64 p. 100 chez les femmes, et 2,16 seulement chez les hommes. On voit que l'écart est considérable entre ces derniers chiffres et ceux des premiers observateurs. Cela tient évidemment à la rigueur plus grande apportée dans le diagnostic.

Mais tous les auteurs sont d'accord sur la fréquence sensiblement plus grande de ce délire *chez la femme,* ainsi que l'avait remarqué Lasègue.

Pour l'*âge* auquel apparaît la maladie, Lasègue, Legrand du Saulle, Ritti, Magnan, s'accordent à fixer le maximum de fréquence à l'âge mûr, entre trente et cinquante ans.

Les statistiques semblent démontrer que le délire de persécution est plus commun chez les veufs et les célibataires que chez les gens mariés (Legrand du Saulle, Christian et Ritti).

Ici, comme dans toutes les formes de psychoses, l'*hérédité,* psychopathique ou névropathique, est la grande cause *prédisposante.* Nous avons vu que Falret, Krafft-Ebing et la plupart des auteurs allemands et italiens admettent que ce délire se montre principalement chez des sujets héréditairement tarés. Ritti partage cette opinion. Cependant, Magnan professe que les « délirants chroniques » ont une hérédité peu chargée.

Parmi les causes *déterminantes* ou *occasionnelles,* on a invoqué des influences morales et physiques. Les causes *morales* sont celles que l'on invoque traditionnellement pour expliquer la folie en général : chagrins prolongés, revers de fortune, perte d'un procès, jalousie, etc. On ne peut attacher qu'une très faible importance à ces diverses influences ; elles peuvent être le point de départ des accidents, en marquer le début, mais il est plus que douteux qu'elles aient une action étiologique réelle. Il semble que la situation d'enfant naturel et les angoisses qui en résultent dès l'enfance jouent un rôle plus efficace ; il y aurait là une cause mixte, à la fois prédisposante et occasionnelle ; en fait, le délire de persécution systématique se montre assez fréquemment chez des enfants naturels.

Au nombre des causes *physiques,* on range en première ligne les malformations des organes génitaux, par suite des préoccupations pénibles qu'elles peuvent entraîner, les pertes séminales, l'onanisme, les privations résultant de la misère ; chez les femmes, les troubles menstruels et la ménopause sont également incriminés.

Traitement. — Le délire systématisé chronique à évolution progressive, tel que nous venons de le décrire, est une affection essentiellement constitutionnelle, qui résulte d'une déviation primitive et lointaine de l'intelligence et dont aucune médication ne saurait arrêter la marche envahissante. Moreau (de Tours) avait essayé, contre les hallucinations, une sorte de médication substitutive au moyen du haschich et du datura ; on n'en a obtenu aucun résul-

[2] Art. *Délire de persécution*, du Dict. encyclop., 1887.

tat. L'hydrothérapie, le tartre stibié, les purgatifs, appliqués systématiquement à tous les cas ; l'électricité sous toutes ses formes, le bromure à hautes doses (Krafft-Ebing) ont également échoué, même au début de la maladie, comme avaient échoué, à toutes les périodes, le traitement moral, l'intimidation à la façon de Leuret, et la suggestion hypnotique, d'ailleurs à peu près absolument inapplicable chez ces malades.

En réalité, le traitement de cette forme mentale se réduit au traitement préventif des accidents qu'elle peut entraîner soit pour le malade, soit pour autrui. A ce double point de vue, l'internement à l'asile est une nécessité. En ce qui concerne le malade, il trouve à l'asile moins de froissements, moins de prétextes à délirer ; la régularité, la monotonie même de l'existence ont une influence sédative. Le persécuté interné ne retrouve certes pas le calme complet ni permanent, mais il a moins d'occasions de s'exciter. De plus, c'est à l'asile seulement que l'on peut traiter les complications variables de la maladie : insomnie, crises d'agitation anxieuse, refus des aliments provoqué par des craintes d'empoisonnement, etc. Les persécutés laissés libres ne consentent jamais par défiance à se laisser soigner, et souvent ils pratiquent une hygiène déplorable qui altère gravement leur santé : tel ce malade qui, sous l'empire de ses idées d'empoisonnement, ne se nourrissait que de croûtes soigneusement râclées et en était arrivé à un état d'amaigrissement extrême ; telle cette persécutée à vives hallucinations génitales qui, pour échapper aux atteintes de ses persécuteurs trop entreprenants, ne se couchait plus depuis plusieurs mois, passait ses nuits assise sur le siège des water-closets, seul endroit où on la laissât en repos, et qui, à ce régime, avait vu se développer un œdème énorme des membres inférieurs et un état cachectique fort grave ; tels, enfin, ces persécutés qui collectionnent dans leur appartement toutes leurs déjections, ne laissent pénétrer personne, ne nettoient et n'aèrent jamais, vivant ainsi dans la malpropreté la plus infecte et la plus nuisible à leur santé.

La séquestration de ces malades est rendue tout à fait urgente par les dangers qu'ils font courir à autrui. Un persécuté est toujours dangereux, plus que tout autre aliéné ; à l'improviste, sous l'influence d'une hallucination ou d'une interprétation fausse, il peut frapper le premier venu, même quelqu'un qu'il n'a jamais vu. Le danger est imminent quand le malade a choisi un persécuteur, et, dans ce cas, l'internement intervient souvent trop tard, après qu'un meurtre a été commis. Des exemples trop nombreux prouvent qu'il ne faut pas attendre, pour recourir à des mesures protectrices, une période de la maladie aussi avancée.

Folie à deux. — Il arrive assez fréquemment qu'un persécuté fait partager à une ou plusieurs personnes de son entourage ses convictions délirantes, sa croyance à un complot imaginaire. Dès lors, par une véritable action en retour, le second personnage, devenu partie prenante au délire, influence le premier malade et aggrave son délire. C'est cette situation, connue sous le nom de *folie à deux*, que nous allons brièvement décrire.

On désigne sous le nom de *folie à deux* un état délirant particulier résultant de l'action réciproque de deux sujets placés dans certaines conditions d'intimité.

Il n'y a pas folie à deux toutes les fois, par exemple, que deux membres d'une même famille deviennent aliénés en même temps, fût-ce sous l'action des mêmes causes, s'il y manque l'influence personnelle réciproque ; il n'y a là qu'une coïncidence pathologique chez deux sujets délirant parallèlement, chacun pour son compte personnel. Il y a folie à deux dans les cas seulement où les deux délires naissant des mêmes préoccupations, s'appliquant aux mêmes objets, s'engendrent l'un l'autre et se pénètrent jusqu'à s'exprimer en formules semblables, sinon identiques. La folie à deux est une véritable *collaboration* délirante, dans laquelle chacun des collaborateurs apporte, en proportion fort inégale il est vrai, sa part de matériaux à l'œuvre commune.

Pour que cette collaboration soit possible, il faut évidemment que les deux personnages aient vécu jusque là dans une intimité complète, qu'ils aient, avec une confiance absolue l'un pour l'autre, quelque chose de commun dans leur manière de penser et de sentir. Aussi, est-ce presque uniquement dans le cercle de la famille que l'on observe les cas de folie à deux : entre mari et femme, entre frères ou sœurs, entre parents et enfants, etc.

L'étude des conditions dans lesquelles se développe la folie à deux est assez récente. Elle ne remonte pas au-delà de l'ouvrage de Legrand du Saulle sur le délire des persécutions (1871) ; elle date surtout du mémoire de Lasègue et Falret sur la *Folie à deux* ou *Folie communiquée* (Société médico-psychologique, 1873). Antérieurement, quelques observations de folie similaire chez des personnes vivant d'une vie commune avaient été publiées[1], mais ce n'étaient guère que des curiosités cliniques. Le mémoire de Lasègue et J. Falret est le premier travail d'ensemble, d'un caractère vraiment scientifique, sur la genèse et sur la nature de la folie à deux ; il a inspiré la plupart des travaux qui l'ont suivi, et il est définitif sur plusieurs points. Nous en donnons les conclusions, dans lesquelles sont résumés les traits principaux de cette situation morbide[2].

« 1° Dans les conditions ordinaires, la contagion de la folie n'a pas lieu d'un aliéné à un individu sain d'esprit. Elle n'est possible que dans des conditions spéciales qui peuvent être résumées ainsi :

a. L'un des individus est l'*élément actif ;* plus intelligent que l'autre, il crée le délire et l'impose progressivement au second qui constitue l'*élément passif*.

b. Il faut que ces deux individus vivent pendant longtemps dans une intimité complète et en dehors de toute influence extérieure.

[1] Par Moreau (de Tours) (1859), par Baillarger (1860), Dagron (1862), Maret (1868), Macey (1874), etc.

[2] Le travail de Lasègue et Falret, lu à la Soc. méd.-psych, le 30 juin 1873, n'a été publié qu'en 1877, dans les *Annal. méd.-psych.* et dans les *Arch. génér. de méd.* Il est reproduit dans les *Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, par J. Falret, 1890.

c. Il faut enfin que le délire ait un caractère de vraisemblance, qu'il se maintienne dans les limites du possible, pour être accepté du sujet passif.

« 2° Le second malade est, dans la plupart des cas, moins fortement atteint que le premier ; c'est un faux malade, un aliéné par reflet. Le premier seul est véritablement aliéné.

« 3° Aussi, l'indication thérapeutique principale consiste-t-elle à séparer les deux malades. Il arrive alors que l'un des deux peut guérir, surtout le second.

« 4° Il peut arriver que le délire s'étende à une troisième personne et même, dans une mesure plus faible, à un plus grand nombre de personnes ».

Les recherches ultérieures ont confirmé dans leur ensemble les vues de Lasègue et Falret.

Quelques points cependant en sont contestables. Par exemple, s'il y a toujours, dans cette variété de folie à deux, un élément *actif* et un élément *passif*, il n'est nullement nécessaire que le premier soit plus intelligent que le second. Il faut et il suffit qu'il ait, même avec une intelligence moindre, une volonté plus énergique et plus tenace. En fait, le personnage actif est assez souvent inférieur par l'intelligence à son congénère. Mais alors, il l'emporte sur lui par la vigueur du caractère [1].

De plus, le sujet influencé ne reste pas nécessairement un *faux malade.* On conçoit fort bien qu'un prédisposé, soumis pendant un assez long temps à l'influence énervante et dépressive d'un aliéné dont il accepte toutes les divagations, franchisse la limite qui sépare l'erreur de la folie et devienne à son tour un *véritable aliéné,* non pas seulement délirant, mais halluciné. J'en ai rapporté un exemple démonstratif (*Loc. cit., observ. I*).

Régis a exposé, dans une thèse remarquable [2], sa conception particulière de la folie à deux. Elle diffère complètement de la précédente. Pour Régis, dans la vraie folie à deux, les deux personnages sont dès le début franchement aliénés. Il la définit « une folie partielle, ordinairement de persécution, survenant simultanément chez deux individus prédisposés, et cela en vertu de trois conditions : 1° une prédisposition morbide héréditaire ; — 2° un contact intime et perpétuel dans la vie des sujets ; — 3° des influences occasionnelles, ordinairement de nature dépressive, agissant sur eux dans le même temps et jouant le rôle de causes déterminantes de leur folie ». — Ces trois conditions aboutissent à la simultanéité d'éclosion du délire. La vraie folie à deux, la seule, suivant Régis, est donc la *folie simultanée,* exclusive de toute idée de contagion, de communication délirante.

Marandon de Montyel [3], d'après l'ensemble des observations publiées, admet trois variétés de folie à deux :

1° La folie *imposée,* qui répond à la plupart des cas rangés par Lasègue

[1] La folie à deux, ses diverses formes cliniques, par F. L. Arnaud : *Annal. méd.-psych.*, mai 1893, Observ. 3.

[2] Folie à deux ou folie simultanée. *Thèse, Paris,* 1880.

[3] Folie à deux. *Annal. méd.-psych.*, 1881. De l'imitation dans ses rapports avec la folie à deux, l'*Encéphale*, 1882.

et Falret dans la folie communiquée. Ici, un seul aliéné, sujet actif, impose son délire à un être moralement plus faible, qui l'accepte passivement.

2° La folie *simultanée*, type Régis : deux prédisposés, placés dans des conditions identiques, délirent en même temps sous de communes influences.

3° La vraie folie *communiquée* (quelques-uns des cas de Lasègue et Falret) : un aliéné communique son délire à un être qui partage sa vie et qui, après une résistance plus ou moins longue, devient aliéné à son tour. Ce dernier devrait avoir une prédisposition héréditaire bien marquée.

Ces trois types peuvent être conservés pour faciliter le classement des faits cliniques. Mais, au point de vue psychologique, il n'y a qu'une folie à deux, dont le développement peut se faire de façon différente. Pour la folie *imposée* et pour la folie *communiquée*, telles que les comprend M. de Montyel, il suffit de faire remarquer qu'elles diffèrent seulement par l'intensité de la transmission délirante, par la persistance du délire chez le second malade après la séparation. Il est bien difficile de soutenir que la folie *simultanée* de Régis elle-même soit radicalemett indépendante de toute influence réciproque entre les deux malades, de toute communication délirante. Ces deux êtres, vivant dans « un contact intime et perpétuel », soumis « aux mêmes influences dépressives », (Régis), ont dû se confier leurs tristesses, leurs inquiétudes, puis leurs soupçons ; ils se sont évidemment influencés dans une certaine mesure, puisque leur délire n'est pas seulement similaire mais qu'il est identique, qu'il est, comme nous l'avons dit, une véritable collaboration.

En réalité, la folie *simultanée* n'a de la folie à deux que les apparences. Les malades expriment les mêmes idées parce qu'ils vivent côte à côte, dans des conditions identiques ; mais la nature et le fond de leur délire sont indépendants de cette intimité, ils tiennent aux causes mêmes qui ont déterminé la maladie chez les deux sujets [1]. Il s'agirait là peut-être, d'une sorte de *maladie familiale*, se distinguant par certains caractères des maladies isolées du même ordre, comme se distinguent les maladies familiales décrites en neuropathologie. [2] Dans la folie *communiquée* et dans la folie *imposée*, c'est tantôt l'imitation et tantôt une véritable contagion morale qui joue le rôle prépondérant dans la transmission morbide.

Le *diagnostic* de la folie à deux se fait de lui-même quand on peut interroger les deux malades et que l'on assiste à ce drame à deux personnages. Mais il peut se faire aussi par l'examen de l'un des deux sujets seulement ; à certains détails, on reconnait que l'on est en présence d'un récit incomplet, que l'on n'entend qu'une des voix d'un dialogue ; d'ailleurs, le malade momentanément séparé de son compagnon de délire parle constamment de lui, fait appel à son témoignage, etc.

Le *pronostic* est très différent pour l'un et pour l'autre des deux sujets, pour le sujet actif et pour le sujet passif. Dans la folie *imposée*, quand le sujet *passif* se borne à répéter des phrases apprises, quand il n'est, suivant l'expres-

La folie gémellaire (Ball, l'*Encéphale*, 1884) est une variété de folie simultanée.

Trénel. Maladies mentales familiales, *Soc. méd.-psych.*, novembre 1899. Fouque. Maladies mentales familiales. *Th. de Paris*, 1899.

sion de Lasègue et Falret, qu'un aliéné par reflet, la séparation ne tarde pas à faire disparaître le délire chez ce sujet, le personnage actif, le véritable aliéné continuant à délirer malgré la séparation. Dans la folie communiquée et dans la folie simultanée, les deux malades étant réellement aliénés délirent après comme avant la séparation, suivant la nature propre de leur affection.

Dans tous les cas, la séparation est indiquée comme moyen de *traitement*. Curative pour l'aliéné par reflet, elle est utile encore pour les autres cas, en ce sens qu'elle diminue l'éréthisme cérébral et les excitations qui résultent du contact des deux malades, et qu'elle atténue par là les tendances aux actes dangereux[1].

b. *Variété psycho-motrice*[2]. — Nous avons vu quel rôle considérable jouent, dans le délire de persécution typique, les *hallucinations de l'ouïe*. Ces hallucinations ne sont pas les seules que l'on puisse observer, et, à côté des hallucinations de la sensibilité générale et génitale, de l'odorat et du goût, nous avons signalé les *hallucinations motrices verbales*, celles que Baillarger décrivait sous le nom d'hallucinations « *psychiques* ».

Chez les persécutés ordinaires, classiques, ce trouble ne prend pas une très grande extension, il survient de préférence aux phases avancées de la maladie, alors que le système délirant est déjà constitué de longue date, alors que le malade a déjà, en quelque sorte, fait son siège. Ce nouveau symptôme accentue l'altération de la personnalité déjà manifestée par les diverses autres hallucinations, mais il n'a sur la marche de la psychose qu'une influence restreinte, il n'en modifie pas la physionomie générale.

Par contre, chez d'autres persécutés systématiques, les hallucinations psycho-motrices sont beaucoup plus précoces, plus fréquentes, plus intenses ; elles ne sont pas limitées à la fonction du langage, mais elles s'étendent aux *fonctions motrices en général* (mouvements imaginaires d'une partie du corps ou du corps tout entier), elles s'accompagnent d'impulsions et de phénomènes d'arrêt, etc.

Ces cas, dans lesquels les phénomènes psycho-moteurs prédominent sur les phénomènes sensoriels, ont été l'objet d'une étude approfondie de la part de Séglas qui les groupe sous la dénomination de *variété psycho-motrice* du délire de persécution, *persécutés possédés*. La distinction établie par Séglas est légitimement fondée en clinique, elle mérite donc d'être conservée, car elle contribue à introduire plus de clarté dans l'étude du groupe, beaucoup trop compréhensif pour une description commune, des délires de persécution systématisés.

[1] Voir encore, sur la folie à deux : Lehmann. Zur Casuistik des inducirten Irreseins, *Arch. f. Psych.*, Bd. XIV. Ball. De la folie gémellaire, l'*Encéphale*, 1884. Taguet. Un cas de folie religieuse à cinq, *Annal. méd.-psych.*, 1887. Legrain. Contribut. à l'étude de la folie communiquée, *Arch. de Neurol.* 1888. Pronier, *Étude sur la contagion de la folie*, Lausanne, 1892, avec une bibliographie très complète.

[2] Séglas. *Annales médico-psychologiques*, janvier 1893. Leçons sur les maladies mentales, 1895. Séglas et Brouardel. Persécutés auto-accusateurs et persécutés possédés, *Archiv. de neurol.* déc., 1893. Roubinovitch. Contribution à l'étude clinique des hallucinations verbales psycho-motrices, *Annal. méd.-psych.*, janvier 1893.

La *première période* ne semble pas différer sensiblement de ce qu'elle est dans la forme typique. Les hallucinations psycho-motrices apparaissent au début de la période d'état et, ordinairement, dans le domaine du langage. Les malades se plaignent d'une « parole intérieure » qu'emploient leurs ennemis pour les tourmenter ; on parle même par leur bouche, par leur langue, et sans qu'ils puissent s'y opposer. On les oblige à exprimer leurs pensées les plus secrètes, à prononcer des paroles inconvenantes, etc. A ce degré, l'automatisme du centre moteur du langage produit la *parole involontaire* mais *consciente* : le sujet se plaint qu'on le force à parler malgré lui, qu'on parle avec ses propres organes, mais il le sait. Quelquefois, le trouble est beaucoup plus accusé, et la *parole involontaire* devient *inconsciente* : le malade remue la langue et les lèvres, comme dans la parole à voix basse ; il parle même à haute voix, et il ne s'en doute pas, il affirme être resté immobile et muet.

L'automatisme verbal est quelquefois si accentué, si continu que le malade parle sa parole en quelque sorte avant de l'avoir pensée. Il se plaint qu'on lui vole ses pensées dont il n'est plus le maître et sur lesquelles il a perdu tout pouvoir de contrôle et de coordination. C'est là le phénomène qui, nous l'avons dit, est connu sous le nom de *fuite de la pensée.*

Mais les symptômes d'ordre moteur s'étendent bientôt aux diverses fonctions. Les malades accusent des mouvements imaginaires dans les membres, des sensations de déplacement du corps tout entier : on les pousse de côté et d'autre, on les bouscule, on secoue leur chaise, leur lit pour les faire tomber ; on les oblige à faire tel geste, à exécuter tel acte, etc.

De même qu'on les pousse à l'action (*impulsions* verbales ou motrices quelconques), on peut aussi les empêcher d'agir, pour les vexer ou leur nuire : on les interrompt au beau milieu d'une phrase, qu'il leur est impossible d'achever ; on contracte leurs membres, on les empêche de mouvoir bras et jambes alors qu'ils seraient dans la nécessité de le faire (phénomènes d'*arrêt*).

Ces troubles moteurs de diverse nature sont accompagnés de modifications de la sensibilité générale et surtout de la sensibilité interne, viscérale, beaucoup plus marqués ici que chez les autres persécutés. J. Falret attribuait à ces troubles particuliers de la sensibilité, bien différents de ceux qui s'observent au début de la maladie, une telle importance qu'il en avait fait la caractéristique de sa troisième période. Les malades traduisent ces *troubles de la cœnesthésie* en disant qu'on leur pince, qu'on leur tord les intestins, qu'on les châtre, qu'on leur déchire le cerveau ou le cœur ; ils prétendent qu'on les a rapetissés ou, au contraire, qu'ils sont ridiculement gros et grands, ils accusent des sensations étranges de pesanteur ou de légèreté, etc.

Le développement excessif des troubles moteurs et cœnesthésiques, tel que nous venons de l'indiquer, est en rapport avec une *altération de la personnalité* très profonde et qui aboutit à un véritable *dédoublement.* Tandis que les autres persécutés, même quand ils ont des hallucinations psycho-motrices, continuent à placer *en dehors d'eux* la cause de leurs sensations morbides, ceux que nous considérons en ce moment arrivent plus ou moins vite à dissocier leur *moi,* ils ne rapportent à leur propre personnalité que leurs sen-

sations et ils attribuent à un agent étranger, *mais logé dans leur organisme,* leurs actes devenus involontaires. « D'une part, dit J. Falret (in art. cité de Ritti), se trouve le *moi* qui cherche à rester maître de sa personne, qui lutte pour conserver ses idées ; mais d'autre part, il se trouve en lui comme un autre individu qui s'empare de ses idées, les répercutant au dehors et les répandant à l'extérieur. De cette dualité naît la lutte, lutte intérieure, » etc.

Cette dissociation de la personnalité s'explique par l'importance qui appartient, dans la constitution du moi, aux sensations cœnesthésiques et surtout aux éléments moteurs (Maine de Biran, Ribot, P. Janet). Ils sont à la fois le support de la personnalité et la condition même de sa persistance. Du jour où, sous l'influence de la maladie, les troubles moteurs et cœnesthésiques ont atteint un certain degré, le malade éprouve des sensations et manifeste des réactions qui lui étaient inconnues jusqu'alors et qu'il se refuse à reconnaître pour siennes.

Le degré le plus accentué, le plus net du dédoublement de la personnalité chez ces malades est représenté par le *délire de possession,* en donnant, bien entendu, au mot possession son sens le plus large, le plus général, de possession non pas seulement par le diable, mais aussi par toute puissance capable de diriger, de gouverner à son gré la personne du malade. Celui-ci n'est plus alors, comme le disent certains d'entre eux, qu'un *pantin dont quelqu'un tire les ficelles.* Celui qui tient et tire les ficelles est logé, nous l'avons dit, dans le corps du malade qu'il tourmente de mille façons. C'est lui qui le force à parler ou à se taire, qui le pousse irrésistiblement à agir ou qui l'en empêche (impulsions et phénomènes d'arrêt).

Suivant leur tournure d'esprit, suivant leur éducation et leur culture intellectuelle, les malades expriment de diverses façons leurs conceptions délirantes. Certains, retrouvant les idées et les termes mêmes des démoniaques d'autrefois, les énoncent en formules *mystiques.* Ils se disent vraiment possédés du diable, l'esprit malin qui est en eux les force à blasphémer, à commettre toute sorte de péché, ils cohabitent avec des êtres impurs (*succubes*, *incubes*) ; une malade de Séglas disait qu'elle était « ensabbattée ». Quelques-uns en arrivent à se croire eux-mêmes transformés en démons. Sans être très fréquents, ces cas extrêmes s'observent encore quelquefois, et on y retrouve fidèlement les descriptions des anciens démonographes.

Le plus souvent, les sujets se bornent à constater le fait de leur possession par un agent étranger qui s'est introduit en eux par quelque procédé machiavélique, assez fréquemment *par les oreilles,* mais sans lui attribuer une origine et une nature extraordinaires. Ils rapportent à cet agent fixé dans leur organisme une foule de sensations et d'actes qui leur semblent inexplicables autrement. Une de nos malades loge ainsi dans sa poitrine et dans son ventre un certain nombre de « militaires » et de « clergymen » ; ils la tourmentent de toutes les manières, pincent, déchirent, tordent ses intestins et ses autres viscères ; ils la fatiguent beaucoup en toussant par sa gorge, en crachant avec effort ; elle les entend se quereller en elle ou bien l'injurier. Un autre, chez qui ces troubles moteurs sont développés au plus haut point, les

interprète avec une abondance et une variété d'expressions tout à fait remarquables. Il se plaint, par exemple, que ses ennemis, installés dans son ventre, y pêchent à la ligne et déchirent ses intestins avec leurs hameçons. Il s'indigne encore qu'ils aient eu l'audace d'y établir un lupanar et de s'y livrer à d'ignobles turpitudes. Ce malade présente, d'ailleurs, des hallucinations génitales et des idées érotiques très prononcées.

Il importe de remarquer que, dans ces délires devenus très complexes, il est souvent difficile de distinguer les hallucinations véritables des illusions et des simples interprétations.

La prédominance des troubles psycho-moteurs, avec les conséquences qu'elle entraîne, est un des traits essentiels et caractéristiques de cette variété de délire de persécution systématisée. Mais, ainsi que le remarque fort justement Séglas, d'autres symptômes achèvent de différencier cliniquement ces malades de ceux que nous avons précédemment étudiés.

Nous avons insisté déjà sur les modifications de la cœnesthésie qui accompagnent les phénomènes moteurs et contribuent pour une large part à la désagrégation de la personnalité. Il faut noter encore une plus grande fréquence des *hallucinations visuelles,* qui sont aussi plus nettes que chez les persécutés ordinaires. Elles sont intimement liées aux idées de possession : les malades voient leur apparaître des Esprits bienheureux ou des démons, il leur est donné de contempler les Saints, la Vierge, le Paradis, Dieu lui-même. Contrairement aux persécutés vrais, ils croient absolument à la réalité objective de ces apparitions.

Au contraire, et par une sorte de compensation, les *hallucinations auditives* sont chez ces malades beaucoup *moins nombreuses;* parfois, elles font totalement défaut.

Il existe donc un ensemble de caractères qui, réunis aux troubles psycho-moteurs prédominants, donnent à cette variété de délire de persécution une physionomie très spéciale.

On peut légitimement, au point de vue psychologique, rapprocher des idées de possession certaines *idées hypocondriaques* observées chez les malades de cette catégorie. Ils disent, par exemple, qu'ils ont des animaux de diverse nature sous la peau ou dans l'intérieur du corps. Ces animaux sont parfois, pour l'imagination du malade, l'incarnation d'un démon qui a choisi cette forme pour les humilier et les tyranniser davantage.

Les persécutés possédés se comportent envers leurs prétendus ennemis à peu près comme les persécutés ordinaires. Ils affirment qu'ils ne méritent en rien les tortures qu'on leur inflige, ils sont victimes de machinations abominables. Ils demandent à être *exorcisés*, *désensorcelés*, etc. Ils récriminent violemment contre leurs persécuteurs, et il n'est pas rare de les voir personnifier, désigner le principal d'entre eux. Comme ceux que nous avons étudiés déjà, ils se plaignent, ils menacent, ils frappent quelquefois. Cependant, leurs réactions sont plus brusques, *plus impulsives,* moins raisonnées par conséquent, mais tout aussi dangereuses. De plus, on observe parfois chez eux des tentatives de suicide ou des mutilations en rapport direct avec

les idées délirantes : ils se frappent pour atteindre l'ennemi intérieur.

Il nous reste à indiquer un des symptômes les plus caractéristiques de la scission de la personnalité. C'est l'*antagonisme des idées délirantes*, bien connu des démonographes anciens, et qui se manifeste par une lutte intérieure entre deux principes opposés, entre les amis et les ennemis, entre le Bien et le Mal, entre Dieu et le Diable. Cette lutte, dont le malade est à la fois le théâtre et l'enjeu, se termine souvent, après une durée variable, par le triomphe du bon génie. Ces *idées d'attaque et de défense*, sur lesquelles J. Falret et Séglas ont particulièrement attiré l'attention, marquent le début de la période mégalomaniaque, aussi fréquente dans l'évolution des idées de possession que dans celles de persécution simple. Nous les avons décrites plus haut, à propos des persécutés systématiques à évolution régulière.

Ici, la transformation de la personnalité se fait le plus souvent par les idées de grandeur, mais quelquefois elle aboutit aux idées de négation.

Les idées de grandeur de ces malades affectent habituellement une tournure *mystique :* ils sont alors en rapports directs avec la divinité; un Esprit glorieux, Dieu lui-même a élu domicile dans leur corps, et des joies ineffables succèdent à leurs longues tortures. Les possédés sont alors devenus des Théomanes ; la transformation de la personne est parachevée à ce point que l'ancien Moi disparaît complètement, qu'il a cessé d'exister. Une malade de Vanves se dit grosse d'un nouveau Christ, au moment de son entrée dans la maison de santé. Le Christ la soutenait contre ses ennemis, la consolait dans ses misères, la dirigeait en toutes choses. Mais il ne voulait pas naître dans une maison de santé, et, à partir du moment où, normalement, il aurait dû venir au monde, sa substance divine se diffusa dans le corps de sa Mère, refoulant, chassant au dehors par les divers émonctoires la substance terrestre. Bientôt la matière corporelle avait complètement disparu, remplacée par la substance divine. « De sorte, disait la malade, que je suis à la fois la Mère, la Sœur et la Fille de Dieu. Sa Mère, puisque je l'ai porté dans mon sein. Sa Sœur, puisque je suis formée de la même substance que lui, que j'émane comme lui de Dieu le Père. Sa fille enfin, puisque c'est lui qui m'a formée de sa propre substance. » Il serait difficile, croyons-nous, de pousser plus loin et l'idée de grandeur et la transformation de la personnalité.

Dans les cas où le délire de possession aboutit aux *idées de négation*, les malades s'expriment comme les négateurs mélancoliques : leurs organes ne fonctionnent plus, à force de les attaquer on les a détruits; on a ruiné leur corps, qui a fini par disparaître complètement, ils ne sont plus rien qu'une apparence, etc. C'est l'anéantissement de la personnalité. On l'observe surtout chez les possédés *hypocondriaques*, mais ces malades présentent parfois un mode de transformation analogue à celle des Théomanes, quoique de sens inverse : ils disent, par exemple, que l'animal logé dans leur organisme a fini par l'absorber tout entier, il s'est substitué à lui. Le sujet est ainsi transformé en un animal, et il n'est pas rare de le voir marcher à quatre pattes, de l'entendre aboyer, hurler, etc. C'est là ce que les anciens auteurs désignaient du nom de Zoanthropie, de Lycanthropie, etc.

On voit qu'en réalité tous ces délires, de formule si différente à un premier examen, ont un point commun, l'*idée de possession*, fondée elle-même sur les troubles psychomoteurs, et un aboutissement semblable, à savoir la transformation plus ou moins complète de la personnalité, dernière conséquence de ces mêmes troubles psycho-moteurs.

Diagnostic. — Le diagnostic du délire de possession caractérisé avec un délire de persécution typique ne présente de sérieuses difficultés que dans les premières phases de la maladie. Dès la période d'état, la distinction se fait d'elle-même par l'apparition précoce, dans le cas de possession, des troubles psycho-moteurs et par la rareté des hallucinations de l'ouïe. L'ordre d'apparition et le degré d'intensité de ces différents symptômes sont inverses, nous le savons, dans le délire de persécution régulier. Mais il ne faut pas oublier qu'il existe des cas de transition, intermédiaires par le mélange des symptômes à l'une et à l'autre variété. On ne peut, dans ces cas, prévoir l'évolution définitive de la psychose que par une judicieuse analyse de chacun des symptômes, de la manière dont ils se combinent et des réactions qu'ils provoquent.

Il n'est pas rare de rencontrer des idées de possession systématisées dans les états mélancoliques, notamment dans la mélancolie anxieuse. L'état mélancolique se juge *d'après son évolution :* troubles émotionnels et abouliques du début, douleur morale, etc., qui manquent dans la variété psycho-motrice du délire de persécution; *d'après l'état somatique,* étranger au délire de persécution : dépression, inertie ou agitation sans but, troubles de la nutrition; enfin, *d'après les caractères généraux du délire :* il est centrifuge, divergent, auto-accusateur, humble, résigné, autant de caractères qui s'opposent à ceux des idées de persécution. Dans l'un et l'autre cas, des idées de négation peuvent se développer, mais elles conservent leurs caractères généraux distinctifs.

Avec l'hystérie délirante, la distinction est parfois malaisée. On sait qu'il existe chez les hystériques, en dehors des délires liés aux attaques ou prolongés dans leurs intervalles, des délires de longue durée ayant l'apparence des grands délires chroniques. Le dédoublement de la personnalité y est souvent très marqué. « De quelle manière faut-il considérer ces délires? Faut-il les considérer comme un accident de l'hystérie ou faut-il les considérer comme une maladie toute différente surajoutée à l'hystérie[1]? » Pour affirmer la nature hystérique d'un tel délire, il faudrait, d'après P. Janet, reconnaître deux caractères : 1° Voir si le délire est la conséquence d'un phénomène nettement hystérique ; 2° Constater dans ce délire le caractère fondamental de l'état hystérique, c'est-à-dire le dédoublement de l'esprit, l'alternance des états de conscience, la formation de phénomènes réellement subconscients. Par suite, si la connaissance d'accidents hystériques antérieurs est une pré-

[1] P. Janet. *État mental des hystériques. Les accidents mentaux.* Biblioth. Charcot-Debove, 1894.

cieuse indication, elle ne prouve pas la nature hystérique du délire actuel. D'autant que les stigmates hystériques disparaissent souvent pendant les états délirants. Cependant, la principale cause d'erreur consiste à ne pas songer à l'hystérie. Si l'on y pense, le diagnostic sera ordinairement possible. On tiendra compte, d'une part, de l'évolution très différente des deux maladies. D'autre part, on recherchera les caractères spéciaux des altérations de la personnalité dans l'hystérie. La personnalité dédoublée des hystériques est alternante, chacune des deux personnes ignore l'autre (Janet), sauf pendant le sommeil hypnotique, et le malade n'a pas conscience de son dédoublement, il n'en parle pas. C'est tout le contraire que nous observons chez le persécuté possédé : il sent le travail de désagrégation qui s'opère en lui, il en tire les innombrables conséquences que nous avons étudiées et il parle constamment des puissances ennemies qui sont en lui, qui le dominent et le tyrannisent.

Pour l'*étiologie* et le *traitement*, nous renvoyons à ce que nous en avons dit à propos de la forme typique du délire de persécution systématisé; à ce double point de vue, la situation est la même dans l'un et l'autre cas.

Bibliographie. — PRINCIPAUX TRAVAUX A CONSULTER. Lasègue, *Du délire des persécutions*, Archiv. génér. de médecine, févr. 1852, et *De l'alcoolisme subaigu*, ibid. 1869. — A. Foville, *De la folie avec prédominance du délire des grandeurs*, Mémoires de l'Acad. de méd., t. XXIX; du même: *Les aliénés voyageurs ou migrateurs*, Annal. méd. psych., 1875. — Legrand du Saulle, *Le délire des persécutions*, Paris, 1871. — Paul Garnier, *Des idées de grandeur dans le délire de persécution*, th. Paris, 1877. — J. Falret, *Des aliénés persécutés, raisonnants et persécuteurs*, Annal. méd.-psych. 1878, t. XIX, et *Du délire de persécution chez les aliénés raisonnants*, Annal. méd.-psych., 1878, t. XX; du même: *Des variétés cliniques du délire de persécution*, Annal. méd.-psych., 1896. — Magnan, *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, Paris, 1882-1891. — Paul Gerente, *Considérations sur l'évolution du délire dans la vésanie*, th. Paris, 1883. — Discussion sur *le délire chronique*, Soc. méd.-psych., 1885-1886. — Legrain, *Du délire chez les dégénérés*, th. Paris, 1886. — A. Ritti, *Art.* Délire de persécution *du Dict. encyclop. des sciences médic.*, 1887. — Christian, *Des idées de grandeur chez les persécutés*, Archiv. de neurol., 1892. — Magnan et Serieux, *Le délire chronique à évolution systématique*, 1 vol., Encyclop. Léauté, 1893. — Séglas, *Leçons sur les maladies mentales*, Paris, 1895. — Carpentier, *De la défense dans le délire de persécution chronique*, th. Paris, 1896. — Taty et Toy, *Des variétés cliniques du délire de persécution*, Annal. méd.-psych., 1897. — Verger, *Contribution à l'étude du délire de persécution à évolution systématique*, th. Paris, 1898.

II. — Persécutés auto-accusateurs.

Depuis que Lasègue a détaché le délire des persécutions du vaste groupe des mélancolies, on s'est préoccupé surtout de distinguer de mieux en mieux ces deux formes morbides. Un des signes différentiels les plus importants est incontestablement l'*auto-accusation*, presque constante chez les mélancoliques et qui s'oppose si nettement aux récriminations du persécuté. Le mélancolique s'accuse lui-même de fautes imaginaires, il croit à son indignité, et s'il lui arrive de dire qu'il est puni trop sévèrement, qu'il est une victime à cer-

tains égards, il reconnaît sans hésitation qu'il est une *victime coupable*. Le persécuté, au contraire, accuse les autres de tous ses maux, il est orgueilleux et arrogant, il n'admet à aucun degré la légitimité de ses épreuves, et il se proclame *victime innocente*.

Cette opposition si tranchée se retrouve fréquemment. Si elle était constante, cependant, on comprendrait mal que ces deux délires aient pu être si longtemps confondus dans une commune description. En réalité, les idées d'auto-accusation et de persécution ne sont pas exclusives l'une de l'autre, et les cas où on les trouve réunies sont loin d'être rares. Mais il n'y a pas très longtemps que l'attention des observateurs s'est portée sur eux.

Dans son travail sur « le délire des négations [1] », Cotard signale des faits de ce genre, « formes d'aliénation complexes qui nous expliquent comment presque tous les auteurs ont confondu dans la même description du délire mélancolique les idées de ruine, de culpabilité, de méfiance et de persécution. Ces *cas mixtes* mériteraient une étude spéciale ». Et à l'appui il rapporte deux observations où le délire des négations mélancoliques est associé au délire de persécution.

Un peu plus tard, Régis et Meilhon, à propos du suicide chez les persécutés [2], produisent et discutent, au point de vue du diagnostic, des observations dans lesquelles coexistent des idées de persécution et des idées mélancoliques.

A propos de la thèse de Meilhon, et tout en repoussant ses conclusions, Christian donne une observation de mélancolique persécuté [3].

Les auteurs étrangers avaient également vu l'association des deux délires. Westphal, Mœli, Jastrowitz en donnent des exemples (1883), Koch (1888) décrit une *pseudo-mélancolie* dans la folie systématisée.

La question reçoit une impulsion nouvelle des travaux de Séglas et G. Ballet [4]. Ces auteurs, analysant les faits avec beaucoup de soin, tendent à démontrer que ces formes mixtes ou de transition sont elles-mêmes multiples et qu'il y a lieu de distinguer des catégories parmi les malades dont il s'agit.

Nous avons publié avec Falret, en 1893, l'histoire d'une persécutée systématique à évolution progressive, chez laquelle un épisode mélancolique s'était développé à la limite de la période d'état et de la période des idées de grandeur. Cet accès mélancolique est remarquable par son intensité comme par sa durée : mutisme absolu pendant six mois, refus des aliments pendant près de deux ans [5].

Roubinovitch a communiqué à la Société médico-psychologique, en 1894,

[1] Archives de Neurologie, 1882.

[2] Meilhon. *Du suicide dans le délire de persécution*, thèse de Bordeaux, 1886.

[3] *Du suicide dans le délire de persécution*, Annal. méd.-psych., 1887.

[4] Séglas. *Un cas de vésanie combinée*, Annal. méd.-psych., 1888. Congrès de Blois, 1892, et Congrès de la Rochelle 1893. G. Ballet : Congrès de Blois, 1892. Leçon publiée dans la *Semaine médiacle*, 23 mai 1893. Les travaux précédents se retrouvent avec quelques développements dans les « Leçons cliniques sur les maladies mentales » de Séglas, 1895, et dans les « Leçons de clinique médicale » de G. Ballet, 1897.

[5] Arnaud. *Varietés cliniques du délire de persécution*, Annal. méd.-psych., mars 1893.

deux observations de délire de persécution avec auto-accusation chez des alcooliques.

Enfin, la thèse plus recente de G. Lalanne[1] donne un bon résumé de l'état de la question et fournit des documents nouveaux et importants.

En Allemagne, Schule décrit une *forme mélancolique* du délire de persécution (Schule, *Traité*) qui correspond à nos mélancoliques persécutés et à nos persécutés auto-accusateurs.

D'après les rapports qu'affectent entre elles les idées mélancoliques et les idées de persécution on peut distinguer trois groupes de cas : les *mélancoliques persécutés*, les *persécutés mélancoliques* et les *hypocondriaques mélancoliques* aboutissant au délire de persécution.

1. *Mélancoliques persécutés.* — Les malades de cette catégorie sont d'abord et pendant un assez long temps de simples mélancoliques. Ils en ont les troubles émotionnels et abouliques du début, la dépression plus ou moins accentuée, les symptômes physiques variés, les idées d'impuissance, de culpabilité, d'indignité, d'auto-accusation caractéristiques. Le malade se considère comme un misérable, comme un coupable digne de tous les châtiments. Si on lui témoigne de l'hostilité, si sa famille est menacée et poursuivie, c'est à cause de ses propres fautes, et il se résigne humblement, sans récriminer contre ses persécuteurs et surtout sans essayer de leur rendre coup pour coup. Il ne réagit que par les larmes et les gémissements. S'il se porte à quelque acte de violence, c'est contre lui-même, et le suicide est souvent chez lui la résultante de la honte ou d'une idée de sacrifice ; il veut délivrer les siens de l'opprobre de sa présence ou faire cesser, par sa disparition, les tourments dont on les menace à cause de lui.

Jusqu'ici, les idées de persécution, assez vagues et mal déterminées, sont « reliées à celle d'auto-accusation qui les explique et les justifie » (Séglas). Elles en sont comme imprégnées et elles en offrent la tendance centrifuge, divergente : c'est en lui que le malade voit le foyer du mal, et c'est de lui qu'il s'étend plus ou moins loin, jusqu'à sa famille et parfois jusqu'à l'univers tout entier. Jusque dans ses idées de persécution, le malade reste essentiellement un auto-accusateur.

Mais, dans d'autres cas, ou plus tard chez le même malade, les idées de persécution se développent, se précisent et se caractérisent nettement. On observe souvent cette idée intermédiaire qu'il y a vraiment disproportion entre les fautes avouées par le malade et les châtiments qu'on lui inflige. Un pas de plus, et il en vient à dire que s'il a commis des fautes, il n'en est pas responsable, qu'il a été entraîné par des influences secrètes, qu'il est victime d'un véritable complot, etc. Ce sont bien là de véritables *idées de persécution*, avec leur caractère convergent, égocentrique. Elles s'accompagnent presque toujours d'hallucinations pénibles de l'ouïe, analogues à celles qui existent dans le délire de persécution vrai. Par une progression croissante, elles arrivent à

[1] *Les persécutés mélancoliques*, th. de Bordeaux, 1897.

constituer un système que le malade, tout comme le persécuté classique, étend à toute sa vie passée : dès sa naissance, il a subi des influences qui l'ont poussé dans la voie du mal, il n'a jamais rien fait de bon parce que ses ennemis ne l'ont pas permis, etc. Quand le malade en est là, ses idées nouvelles de persécution lui servent à expliquer ses précédentes idées mélancoliques, comme celles-ci avaient expliqué les premières idées de persécution. On se trouve alors en présence d'un délire de persécution systématisé vrai, mais *secondaire*, consécutif à un état mélancolique (*paranoia secondaire* des Allemands).

La constitution de ce nouveau délire n'influence pas seulement les idées délirantes mélancoliques, de façon à atténuer plus ou moins leurs caractères primitifs ; elle influence encore et modifie l'état général des malades. Les troubles émotionnels, la dépression et les symptômes physiques diminuent ou disparaissent. Les hallucinations de l'ouïe deviennent plus manifestes. Autrefois résigné et gémissant, le malade devient irrité et révolté contre les injustices qu'il subit ; il est assez souvent agressif. Il cesse de se confier aux personnes qui l'entourent, au médecin qui le soigne et dans lequel il voit souvent un complice de ses ennemis ; comme le persécuté, quand on l'interroge, il répond : « *Vous le savez bien, vous le savez aussi bien que moi* ». En résumé, les caractères de la mélancolie s'effacent de plus en plus, à mesure que s'accusent davantage les traits de ressemblance avec le délire de persécution primitif. Cette ressemblance est enfin complétée par l'apparition d'*idées de grandeur*, de nature triste, il est vrai, mais qui n'en sont pas moins une marque d'orgueil. Les malades se disent frappés pour les fautes des autres, ils sont des victimes choisies pour le salut du genre humain ; avant leur naissance, de tout temps, ils étaient désignés pour ce rôle de victime expiatoire, auquel, somme toute, l'amour-propre trouve son compte. D'autres évoluent vers les idées d'immortalité ou d'énormité, etc.

2. *Persécutés auto-accusateurs*. — Contrairement aux précédents, les malades de cette seconde catégorie sont avant tout des persécutés. On ne retrouve chez eux ni ces troubles émotionnels, ni cette aboulie, ni ces symptômes somatiques dont l'ensemble caractérise les états mélancoliques. Ils sont défiants, profondément égoïstes, comme les persécutés ordinaires, et, comme eux, ils protestent hautement contre leurs persécuteurs, ils sont des victimes innocentes. Cependant ils présentent parfois des idées d'auto-accusation très évidentes. Séglas, qui a bien étudié ces malades, distingue plusieurs cas dans les rapports qu'affectent entre elles les idées délirantes[1].

a. Dans un premier cas, les idées de persécution et celles d'auto-accusation coexistent ou alternent, mais sans se combiner, sans se pénétrer réciproquement de manière à former un système mixte, intermédiaire aux deux formes mentales. Ces cas rentrent dans les délires polymorphes, dont l'apparition est ordinairement brusque, dont l'allure est capricieuse et sans règle apparente. Ici, le fait intéressant est que les phénomènes psycho-sensoriels

[1] Séglas. *Leçons cliniques*, etc., p. 526 : Les persécutés auto-accusateurs.

et les symptômes réactionnels suivent dans leurs modifications les idées délirantes. Séglas rapporte l'intéressante observation d'un héréditaire qui présentait successivement, à intervalles irréguliers, un délire de persécution systématisé et des idées très nettes d'auto-accusation et d'humilité. Pendant cette dernière phase, les caractères généraux de la mélancolie faisaient complètement défaut ; le malade avait des hallucinations de la vue terrifiantes, il gémissait, se lamentait, se disait déshonoré et pensait au suicide ; mais ce délire triste, d'auto-accusation, ne pouvait être rattaché à la mélancolie, il représentait un délire *primitif*, systématisé d'emblée. Dans la phase de persécution, le malade avait des hallucinations de l'ouïe à caractère injurieux, des idées d'orgueil, il était irrité contre ses persécuteurs qu'il ne cessait de menacer violemment.

b. Dans une autre série de faits, les idées d'auto-accusation, au lieu de rester indépendantes, s'incorporent plus ou moins au délire systématisé préexistant et modifient, dans une certaine mesure, la physionomie clinique de la maladie.

Le plus souvent, c'est sous forme de *paroxysmes* hallucinatoires, avec anxiété vive et confusion mentale, que se manifestent les idées d'auto-accusation, chez les malades que nous envisageons actuellement. Le paroxysme s'annonce par une recrudescence de la défiance et de l'inquiétude habituelles au persécuté. Il dort moins bien, il perd l'appétit, il est anxieux, incapable de fixer son attention. Ses hallucinations redoublent, ses idées se brouillent. Le malade est comme dans l'attente d'un événement terrible, il ne peut tenir en place, il va et vient dans un état de violente agitation anxieuse. C'est alors qu'il exprime des idées de culpabilité, accompagnées très souvent de la crainte d'une mort imminente. Les paroxysmes dont nous parlons correspondent à la *paranoia aiguë hallucinatoire* des auteurs allemands (voy. *Délires systématisés aigus*) ; leur apparition s'explique soit par le réveil d'une ancienne tendance du malade, soit par la nature des hallucinations.

Des tentatives de suicide accompagnent parfois ces paroxysmes délirants, et, s'il est exagéré de dire que les persécutés vrais ne se suicident jamais, on peut affirmer que le plus grand nombre de suicides chez ces malades s'observe chez les persécutés auto-accusateurs.

On a encore cité des faits dans lesquels les idées d'auto-accusation qui peuvent se développer chez les persécutés systématiques, au lieu d'apparaître, ainsi que nous venons de le voir, sous forme de paroxysmes transitoires, persistent et font désormais partie intégrante du délire. Ces faits sont extrêmement rares, si même ils y existent, dans les formes de délire systématisé à évolution lente. On les observe de préférence dans les formes à évolution irrégulière et rapide. Aussi, me semble-t-il plus conforme à la vérité clinique de les ranger dans le groupe suivant.

3. *Hypocondriaques persécutés auto-accusateurs.* — Ce sont ceux sur lesquels Gilbert Ballet a appelé l'attention dans sa communication au Congrès de Blois (1892), et dans diverses publications.

Avant d'être des persécutés, ils ont été des hypocondriaques et des obsédés, dont les préoccupations avaient un objet réel : le plus souvent, une infirmité génitale, des habitudes de masturbation, des excès génésiques, etc. « Ces persécutés, dit G. Ballet, accusent les autres et se plaignent de leurs agissements et de leurs manœuvres, comme il convient à de véritables persécutés ; mais ils s'accusent avant tout eux-mêmes. Ils ne se dissimulent pas qu'ils ont fourni le prétexte de la persécution et qu'à eux reviennent les premiers torts. Ce sont des victimes, mais coupables, et non, comme les persécutés ordinaires, des victimes innocentes. »

La physionomie particulière des idées de persécution s'explique, en effet, comme le pense G. Ballet, par la nature même de l'état mental qui leur a donné naissance. Contrairement aux persécutés ordinaires, dont le caractère dominant est le sentiment exagéré du moi, l'orgueil, les malades dont il s'agit ici sont des humbles, des honteux, amoindris à leurs propres yeux par le sentiment exagéré de leurs infirmités ou de leurs vices, et disposés par conséquent à comprendre, à excuser même dans une certaine mesure, les mépris et les injures d'autrui.

Séglas, Lalanne et d'autres observateurs ont rapporté des faits analogues. Il est remarquable que, chez presque tous ces malades, le point de départ de l'état morbide consiste dans des préoccupations génitales ou religieuses.

Séglas a fait observer très justement que ces malades ne sont pas de véritables mélancoliques ; ils n'ont ni les troubles émotionnels, ni l'état physique général, ni le caractère divergent du délire. Ils représentent plus particulièrement des cas de transition.

De même qu'ils se distinguent des vrais mélancoliques par les signes que nous venons d'indiquer, ils se distinguent des persécutés classiques par la manière dont ils réagissent contre leurs prétendus persécuteurs. Au lieu de s'indigner violemment, de protester avec énergie et de menacer leurs ennemis, ils se dissimulent, ils se cachent pour n'avoir pas à affronter des insultes qu'ils jugent, en somme, fondées. Rarement ils se portent à des actes de violence contre leurs insulteurs, mais assez souvent ils font des tentatives de suicide.

Un autre trait qui les distingue d'avec les persécutés simples, c'est la rareté des hallucinations. On observe surtout chez eux des interprétations délirantes, des illusions nombreuses, mais l'hallucination de l'ouïe ne joue dans leur délire qu'un rôle restreint ; chez certains même, elle fait complètement défaut.

Diagnostic. — S'il est ordinairement facile, quand on suit un malade pendant un assez long temps, de constater chez lui l'existence d'idées de persécution et d'auto-accusation, il l'est beaucoup moins de déterminer la nature exacte de ces idées et leurs rapports réciproques, de façon à les rattacher à telle forme mentale plutôt qu'à telle autre. Or, le diagnostic a ici une importance extrême, puisque le pronostic diffère du tout au tout, suivant les cas. Reconnaître la formule délirante n'est donc qu'un premier pas et le plus facile. Il reste à préciser la genèse et l'évolution du délire, sa tendance convergente ou divergente,

ses rapports possibles avec des hallucinations diverses, les réactions qu'il provoque, la présence ou l'absence des symptômes physiques, etc. Il faut en somme analyser de très près chaque phénomène morbide, rechercher son origine, démêler la subordination des divers symptômes, étudier les caractères généraux fournis par la clinique et la psychologie, enfin, reconstituer autant que possible la marche et l'évolution de la maladie dans son ensemble.

Dans ces formes complexes, encore mal connues et dont les cadres sont à peine ébauchés, chaque cas exige une enquête particulière, dont les résultats semblent ne valoir que pour ce cas. On peut donner cependant quelques indications générales, de nature à guider et à faciliter l'enquête clinique.

Il n'y a pas lieu de s'arrêter aux cas dans lesquels un délire mélancolique s'accompagne d'idées de persécution *à caractères mélancoliques*. Cette simple constatation implique le diagnostic.

Mais les choses sont loin d'être toujours aussi simples. Il n'est pas rare d'observer, à la période d'état du délire de persécution systématisé régulier, typique, des paroxysmes hallucinatoires avec angoisse, craintes obsédantes, refus des aliments, mutisme plus ou moins complet ; quelquefois, mais plus rarement, idées de suicide. Le malade présente alors toutes les apparences d'un mélancolique, et pour peu que cet état se prolonge, si l'on n'est pas renseigné sur les phases antérieures de la maladie, le diagnostic est réellement épineux. Dans les cas de ce genre, les nuances symptomatiques prennent une importance souvent décisive. On pourra observer, par exemple, des actes de violence contre les personnes qui entourent le malade, ou bien rompant momentanément le mutisme, quelques paroles indiquant des sentiments d'hostilité et de haine. Ces légers indices suffisent à trahir les idées de persécution masquées par l'état mélancolique transitoire. Mais pour compléter le diagnostic et préciser la nature et les vrais caractères de ces idées de persécution, pour savoir si le délire est *primitif* ou *secondaire*, on sera parfois obligé d'attendre l'apparition de symptômes plus caractérisés.

Les difficultés du diagnostic sont encore plus grandes dans les cas, plus nombreux qu'on ne pense, d'un délire mélancolique véritable, avec l'aboulie et les troubles émotionnels du début, avec la dépression physique et mentale, avec des idées d'impuissance, de ruine, d'indignité, et derrière lequel s'organise sourdement un délire de persécution systématisé qui ne se montrera qu'après de longs mois. En présence d'un tel malade, les renseignements sur les débuts de la maladie peuvent mettre sur la voie : on apprendra par exemple, qu'à un moment donné, dans les premiers temps de la maladie, il a manifesté une défiance excessive, complètement injustifiée, à l'égard d'un membre de sa famille, de quelqu'un considéré jusque-là comme un ami ou accidentellement en rapports avec lui. Une malade que j'ai observée, actuellement persécutée systématique, avait toutes les apparences d'une mélancolique quand je l'ai vue pour la première fois. En sortant de mon cabinet, elle dit à son mari : « Ce médecin m'a fait trop parler, me voilà maintenant compromise ». Un malade de Lalanne (thèse citée) se plaignait, au cours de son délire

mélancolique, d'être regardé avec défiance ; on l'évitait, on le soupçonnait de fabriquer de la dynamite, etc. Au bout de quelques mois, le délire mélancolique avait fait place à un délire systématisé de persécution. A défaut de renseignements, l'examen direct du malade peut encore fournir de précieux indices : l'humeur souvent revêche, l'attitude défiante et hostile, le refus de répondre (en dehors de tout mutisme), ou bien des réponses comme celle-ci, presque spéciale aux persécutés : « *Vous le savez mieux que moi* » ; enfin la fréquence des hallucinations de l'ouïe, tout cela est de nature à faire soupçonner des idées de persécution cachées.

La seule notion de l'évolution morbide suffit à distinguer les persécutés auto-accusateurs des persécutés à évolution systématique et régulière. La marche de la maladie chez les auto-accusateurs est beaucoup plus rapide, la succession des phénomènes pathologiques ne présente pas un ordre aussi constant, elle est coupée d'épisodes variés, de paroxysmes et de rémissions plus brusques, plus apparents.

Mais, si l'on est pas renseigné, l'embarras peut être grand en présence d'un délire de persécution secondaire à un délire mélancolique. Les *symptômes physiques,* traduisant la souffrance profonde de l'organisme, sont rares, nous le savons, dans le délire de persécution primitif; ils sont, au contraire, la règle dans les états mélancoliques ; ils devraient donc diriger l'attention dans le sens d'un délire secondaire. Les *idées de suicide tenaces* appartiennent également à la mélancolie, et leur manifestation dans un délire de persécution, n'est souvent qu'un reliquat de la mélancolie sur laquelle ce délire s'est développé ; à peu près constantes chez les persécutés auto-accusateurs, elles ont une réelle valeur diagnostique (Régis, Lalanne ; sur les 15 observat. de la thèse de Lalanne, les idées et tentatives de suicide sont notées *treize fois*). Des préoccupations altruistes tranchant sur l'égoïsme habituel au persécuté, le caractère obsédant des idées de persécution, leur ressemblance avec le délire d'attente des mélancoliques, la *rareté des hallucinations de l'ouïe* et *la fréquence des hallucinations de la vue*, l'apparition d'idées d'énormité au lieu des idées de grandeur habituelles aux persécutés typiques, sont encore des particularités qui doivent faire penser à une de ces formes complexes que nous étudions en ce moment.

Le délire *hypocondriaque,* on le sait depuis Morel, n'est parfois que la première étape du délire de persécution systématisé typique, de même qu'il peut être la manifestation d'une paralysie générale commençante. Il peut encore, ainsi que G. Ballet en a rapporté plusieurs exemples, aboutir à un délire de persécution secondaire avec idées d'auto-accusation, et la guérison, dans les cas de cette espèce, est assez fréquente (Ballet, Lalanne). On conçoit donc, à propos d'éventualités aussi dissemblables, tout l'intérêt d'un diagnostic précoce. Il semble que les idées hypocondriaques relatives aux organes génitaux ou aux fonctions sexuelles, surtout si elles se compliquent de préoccupations religieuses, aient une tendance marquée à évoluer dans le sens d'un délire de persécution avec idées d'auto-accusation ; c'est au moins ce que l'on relève dans presque toutes les observations publiées. Ce

serait donc là une indication utile à la fois pour le diagnostic et pour le pronostic.

Pronostic. — Pour les faits complexes que nous venons d'étudier, et dans lesquels le délire de persécution systématisé est en rapports de succession ou de combinaison avec un délire hypocondriaque ou mélancolique, le pronostic n'est pas uniforme. C'est dire déjà qu'il est moins sévère que pour le type régulier de délire de persécution systématique et primitif. J'ai personnellement observé plusieurs cas de ce genre qui ont guéri et dont la guérison se maintient depuis sept et huit ans. Sur les 15 observations de la thèse de Lalanne, on compte six guérisons, etc. D'une manière générale, on peut donc dire que les persécutés mélancoliques ou auto-accusateurs guérissent assez souvent, et cette notion doit imposer une grande réserve au sujet du pronostic. La réserve est d'autant plus nécessaire que l'affection, même dans les cas favorables, est d'une très longue durée. Quand la guérison survient, ce n'est guère qu'après dix-huit mois ou deux ans, quelquefois après trois ans et même davantage.

Il y aurait un très grand intérêt à posséder des signes approchant de la certitude, relativement à la terminaison de ces délires. On ne les connaît malheureusement pas, s'ils existent, et, dans chaque cas particulier, on en est réduit à des probabilités, sinon à de simples vraisemblances. Le pronostic, ici comme partout ailleurs, est lié à l'exactitude du diagnostic, et la question qui se pose dans ces cas complexes est de savoir si le malade est un vrai ou un faux persécuté. Voici quels sont, à mon avis, les éléments principaux à utiliser pour le pronostic, soit dans un sens, soit dans l'autre.

Éléments favorables. — De ce nombre sont : l'état mélancolique bien marqué, avec dépression et troubles physiques ; le début brusque, surtout par un stade neurasthénique ; l'existence d'accès mélancoliques antérieurs ; la rareté des hallucinations, surtout des hallucinations de l'ouïe ; de notables irrégularités dans l'évolution de la maladie (rémittences et paroxysmes) ; enfin, apparition de l'accès avant quarante ans.

Éléments défavorables. — Les particularités de nature à faire craindre l'incurabilité sont les suivantes : début insidieux et progressif, sans dépression ni autres symptômes physiques ; prédominance d'idées de persécution fortement systématisées ; hallucinations fréquentes, surtout de l'ouïe ; rareté ou absence d'intermittences, de rémissions plus ou moins accusées ; l'âge doit encore être pris en considération : après quarante ans, et surtout après quarante-cinq ans, les cas de guérison deviennent de plus en plus rares.

La constatation d'idées de négation, de grandeur, d'immortalité n'indique pas nécessairement l'incurabilité, mais elle doit faire craindre une durée particulièrement prolongée.

Traitement. — Le traitement a ici une importance infiniment plus sérieuse

que dans la forme typique du délire de persécution systématisé primitif. Il est, d'une manière générale, celui des mélancolies graves (voy. Mélancolie) : séjour au lit non permanent mais prolongé, opium à hautes doses, hypnotiques, hydrothérapie maniée avec prudence, régime tonique et reconstituant, etc. Les idées de suicide si fréquentes imposent une surveillance d'autant plus active que la maladie est souvent curable. L'isolement à l'asile ou dans une maison de santé s'impose, à la fois comme mesure de protection et comme méthode de traitement.

III. — Délire systématique primitif d'auto-accusation.

Nous avons dit, en parlant des persécutés auto-accusateurs, que les idées d'auto-accusation, si elles sont ordinairement caractéristiques de la mélancolie, ne lui sont pas absolument spéciales. Elles se rencontrent chez de véritables persécutés, elles peuvent même, dans certains cas encore peu étudiés [1], constituer à elles seules une systématisation délirante primitive. Le délire ainsi formé évolue sous la forme chronique ou sous la forme aiguë.

Nous dirons ici quelques mots de la forme chronique du *délire systématique d'auto-accusation.*

Les conceptions délirantes apparaissent soit brusquement, soit d'une façon insidieuse, mais sans avoir été précédées de la dépression morale et physique propre à la mélancolie. Comme il est de règle dans la plupart des délires systématisés chroniques, la forme délirante est déterminée par les tendances antérieures, par les dispositions du caractère. Les sujets étaient timides, scrupuleux, sévères pour eux-mêmes, très peu expansifs, prompts au découragement, en même temps méfiants, susceptibles et orgueilleux. De telle sorte que, au lieu d'être, comme dans la mélancolie, « l'expression délirante d'un changement dans les conditions de la personnalité du malade », le délire « ne représente que l'exagération dans le même sens de certains traits d'une personnalité déjà anormale » (Séglas).

Le délire d'auto-accusation primitif n'a pas le caractère centrifuge du délire mélancolique vrai, c'est-à-dire que le malade ne se préoccupe pas, comme le fait le mélancolique, de la honte qu'il inflige aux siens, des malheurs qui peuvent résulter pour eux de son indignité ; il se préoccupe uniquement de sa personne, à la manière du persécuté. Séglas remarque fort justement à ce propos que « l'humilité du délire n'est qu'une étiquette trompeuse, qu'elle n'est pas une humilité sincère, mais ne traduit souvent qu'un sentiment d'humiliation et par suite d'orgueil, de vanité blessée ». Un malade, dont l'observation est rapportée par cet auteur, « se considère comme un être inférieur, une sorte de rebut de l'espèce humaine... Il est incapable de subvenir à ses besoins, à ceux de sa famille. Il est un menteur, un fourbe,

[1] Voir surtout Séglas, *Leçons cliniques*, 1895. *Le délire systématique d'auto-accusation*, Communication au Congrès d'Angers, 1898. *Le délire systématique primitif d'auto-accusation*, Archiv. de Neurol., juin 1899.

un hypocrite, un lâche, etc. » La physionomie nettement mélancolique de ces idées délirantes est modifiée par l'attitude et par les réactions du malade. Au lieu de l'affaissement, de la douleur morale profonde qu'éprouvent les mélancoliques, ce malade présente une attitude dédaigneuse, il exagère son mépris pour lui-même, et le sentiment qu'il ressent est surtout celui de l'amour-propre vexé, de l'orgueil souffrant.

On constate encore chez ces malades les nombreuses interprétations délirantes par lesquelles s'étend et se complète la systématisation, quelle que soit la formule du délire ; tout devient une preuve à l'appui des idées et des convictions morbides. Ce n'est pas seulement les faits présents que le malade interprète, il remonte progressivement dans son passé pour y trouver des preuves de sa culpabilité et de son indignité. Nous retrouvons ici la *paralogique* et le *délire récurrent* que nous avons étudiés chez les persécutés systématiques, et qui sont le contraire de ce que l'on observe chez les mélancoliques vrais. Chez ces derniers, le point de départ du délire est fixe, immuable, c'est le même fait plus ou moins ancien qui est toujours regardé par le malade comme le crime irrémissible ; en outre, le délire est une plainte monotone, que le malade émet sans la discuter, sans chercher à l'étayer de preuves toujours renouvelées.

De plus, l'intelligence des délirants systématiques par auto-accusation conserve toute sa vivacité, et le délire a toujours les caractères d'un délire partiel ; les malades ne présentent ni l'arrêt psychique ni l'empêchement qui existe toujours à quelque degré dans la mélancolie, ils peuvent, comme autrefois, se livrer à un travail intellectuel.

Dans les cas observés par lui, Séglas n'a pas relevé d'hallucinations, ce qui, ajoute-t-il avec raison, « n'infirme nullement la possibilité de leur existence ».

Les idées et les tentatives de suicide sont assez fréquentes. Mieux combinées, plus dissimulées que celles des mélancoliques, elles sont aussi beaucoup plus dangereuses, elles échappent plus facilement à la surveillance.

Dans l'évolution de ce délire, on observe les trois périodes habituelles : période d'incubation, période d'état, période stéréotypée. Au cours de cette dernière période apparaissent quelquefois des idées de persécution et des idées de grandeur, ou bien des idées de négation.

Habituellement, l'affection n'aboutit pas à la démence.

IV. — Délire hypocondriaque systématisé (nosomanie).

L'hypocondrie est caractérisée par la préoccupation excessive de la santé et de l'état des organes, cette préoccupation est le plus souvent le résultat de sensations subjectives plus ou moins anormales. Suivant son intensité, l'hypocondrie est dite *simple* ou *délirante,* petite et grande hypocondrie. Mais ce n'est là qu'une différence de degré, n'impliquant aucune distinction réelle dans la nature des phénomènes ; tous les intermédiaires se retrouvent, en effet, entre les formes les plus légères et les plus graves. Il est bien évident

que nous n'avons à nous occuper ici que de l'*hypocondrie délirante.*

Nous avons eu et nous aurons l'occasion de mentionner, à plusieurs reprises, les *idées hypocondriaques* dans diverses formes mentales. On les rencontre, à titre épisodique, dans la *mélancolie,* dans les *psychoses périodiques,* dans les *folies morales* et *raisonnantes.* Elles ont une fréquence et une importance plus grandes dans certains cas de *délire de persécution* systématique, chez les *alcooliques,* chez les *obsédés.* Elles caractérisent, nous le verrons, une variété du délire de persécution chez les *raisonnants* (voy. *Persécuteurs hypocondriaques*). On sait enfin, depuis Baillarger, qu'elles constituent une forme clinique de *paralysie générale,* la forme *hypocondriaque.*

Dans les différents états morbides que nous venons de rappeler, les idées hypocondriaques n'ont jamais, dans le tableau clinique, qu'une importance secondaire, que la valeur d'un symptôme, la prédominance appartenant, dans la détermination de la maladie, soit à d'autres idées délirantes (délire de persécution), soit à l'état mental sur lequel elles se sont développées (mélancolie, alcoolisme, paralysie générale, etc.).

Mais il est des cas dans lesquels les idées hypocondriaques prennent un tel relief, ont une telle étendue qu'elles semblent constituer tout le délire et qu'elles deviennent la manifestation capitale, sinon unique, de la psychose. Ces idées se groupent alors, se coordonnent systématiquement, à la manière des idées de persécution dans leur forme essentielle ; elles déterminent des réactions spéciales, elles affectent une certaine évolution, et elles constituent, au point de vue clinique, une forme distincte de délire systématisé, que plusieurs auteurs ont décrite sous le nom de *délire hypocondriaque systématisé* ou *Nosomanie*[1].

Sans rechercher ici la question de savoir si le délire hypocondriaque est ou n'est pas toujours de nature dégénérative[2], nous pensons avec Schüle et Krafft-Ebing, avec Mars, avec Ball, avec Séglas et G. Ballet, etc., qu'il a sa place légitime à côté des délires systématisés que nous avons à décrire, bien que les exemples en soient peu fréquents.

Le *délire hypocondriaque systématisé* peut se présenter sous la forme *aiguë* ou sous la forme *chronique.*

a. *Forme aiguë.* — Nous avons décrit plus haut les délires systématisés aigus en général (voy. p. 497). Leurs caractères d'ensemble se retrouvent dans le délire hypocondriaque. Son développement est rapide, il s'accompagne d'une excitation dont le degré est variable mais qui est ordinairement intense. Cette excitation est en rapport avec la nature des idées délirantes qui envahissent l'esprit du malade, avec l'angoisse et la terreur qui le dominent. Il se croit atteint de maux dont les symptômes échappent aux médecins mais

[1] Voir G. Ballet. L'hypochondrie, in *Leçons de clinique médicale. Psychoses et affections nerveuses.* Paris, 1897, O. Doin, éd., p. 163 et suiv.

[2] Voir à ce sujet deux thèses faites aux deux points de vue différents : Mars, *Étude sémiologique du délire hypocondriaque,* th. Paris, 1888 ; Journiac, *Recherches cliniques sur le délire hypocondriaque,* th. Paris, 1888.

qui vont ruiner sa santé et qui déjà ont commencé leur œuvre destructrice. Assez souvent, les malades accusent la syphilis ou toute autre maladie contagieuse. D'autres disent que leurs os sont cariés et vont tomber en poussière, leurs dents se déchaussent, leur tube digestif ne fonctionne plus, il est bouché, obstrué par une tumeur, par un cancer, ou bien il est percé, les aliments tombent directement dans le ventre et ne pourront plus sortir, etc. Certains malades prétendent ne plus voir, ne plus entendre, être incapables de remuer, etc. Aux idées délirantes s'ajoutent ordinairement des hallucinations multiples, affectant la sensibilité générale, l'ouïe, l'odorat.

Dans cette forme aiguë, les conceptions morbides sont nombreuses et mobiles, elles se succèdent rapidement et elles sont assez faiblement systématisées. Cependant, il est facile de découvrir une idée prépondérante, qui domine le délire et à laquelle le malade revient toujours ; cette idée résiste à toutes les contradictions, elle entraîne de nombreuses conséquences dans les idées secondaires et dans les actes, elle constitue, en un mot, un vrai système délirant.

Presque toujours, ces malades ont des idées de persécution en rapport avec leurs préoccupations dominantes : leur maladie n'est pas naturelle, et surtout elle a été mal soignée ; elle l'est encore, de telle sorte qu'on les rend de plus en plus malades ; l'idée d'empoisonnement est fréquente chez eux.

La rapidité avec laquelle apparaissent et se succèdent les phénomènes morbides détermine toujours un certain degré d'obnubilation intellectuelle, de confusion mentale plus ou moins profonde, suivie ou non d'une amnésie dont le degré et l'étendue sont très variables.

L'allure de ce délire, comme de tous les délires systématisés aigus, est essentiellement irrégulière ; des périodes d'un calme relatif sont suivies de crises paroxystiques avec extrême agitation, poussées hallucinatoires, grande confusion, anxiété et terreurs. La crainte de la mort, qui est au fond de tout délire hypocondriaque, devient angoissante au moment des paroxysmes, et elle donne lieu fréquemment à des tentatives de suicide ; le malade aime mieux en finir tout de suite. A ce point de vue, les hypocondriaques dont il s'agit sont extrêmement dangereux, par le caractère impulsif de leurs tentatives de suicide. A défaut d'instruments piquants ou tranchants, tout leur est bon pour arriver à leurs fins : ils se jettent la tête contre les murs ou sur le sol, en se laissant tomber de toute leur hauteur, ils cherchent à s'arracher les testicules, à se mutiler de toutes les façons, ils enlèvent les pansements posés sur des blessures antérieures, provoquant ainsi des hémorragies et des infections, etc. Un malade que j'ai observé essaya de se tuer en s'enfonçant très profondément dans la gorge une brosse à dents. Il ne réussit d'ailleurs qu'à se faire une plaie assez sérieuse avec emphysème consécutif. La surveillance la plus attentive est indispensable, mais elle ne suffit pas toujours, même lorsqu'on maintient les malades par la camisole ou le maillot.

On ne saurait trop insister, au point de vue pratique, sur le danger de suicide que présentent les hypocondriaques appartenant à la forme aiguë systématisée.

b. *Forme chronique.* — Le délire hypocondriaque systématisé, à évolution chronique, n'est souvent, comme tous les délires systématisés primitifs, que l'extrême exagération de tendances antérieures, constitutionnelles, remontant à l'enfance ou à la puberté. Ces sujets se sont, pour la plupart, fait remarquer par une inquiétude anormale à propos des moindres incidents morbides, par une attention excessive pour leurs fonctions organiques. Ces tendances, ces préoccupations exagérées, qui, pendant longtemps, ne prennent pas une physionomie proprement délirante, constituent la phase d'hypocondrie simple et conduisent le malade, par une progression très variable suivant les cas, au délire caractérisé.

Le passage de l'hypocondrie simple à l'hypocondrie délirante et systématisée, c'est-à-dire le début de la maladie, peut se produire de deux façons différentes. Tantôt, en effet, le délire s'installe lentement, par le développement progressif des tendances habituelles, de plus en plus exagérées. Tantôt, au contraire, il succède à un accès aigu, comme nous l'avons dit plus haut, soit par une transition graduelle, soit, après guérison apparente de la phase aiguë, par la réapparition du délire sous la forme chronique.

Quel que soit son mode de début, le délire hypocondriaque à évolution chronique repose sur un certain nombre d'idées fixes extrêmement tenaces, qui présentent les caractères de tous les délires systématisés chroniques. Elles dominent et règlent la conduite du malade, elles sont comme un centre autour duquel viennent converger toutes les idées et tous les sentiments, les plus éloignés en apparence. Par elles, le malade explique non seulement le présent mais aussi le passé, en vertu de cette marche récurrente de la réflexion, sur laquelle nous avons insisté à propos du délire de persécution chronique. Comme le persécuté, l'hypocondriaque systématique est d'une facilité déplorable dans le choix des prétendues preuves sur lesquelles il appuie ses affirmations. Il attache une importance énorme aux moindres faits extérieurs, qu'il croit de nature à influer sur l'état de ses organes et de leurs fonctions. La pluie, le vent, le froid, le chaud, lui sont contraires ou favorables, et les variations de la température commandent en grande partie sa conduite et ses actions. Il ne mange et ne boit que de certaines choses, préparées d'une certaine façon et à des heures déterminées. Les médicaments qu'on lui donne produisent des effets extraordinaires, et, comme ils ne guérissent pas ses nombreuses maladies, il s'ensuit que le malade n'a plus confiance en son médecin, qu'il lui attribue même des intentions malveillantes, sinon criminelles. Tout médecin qui donne ses soins à un pareil malade doit se résigner à être usé rapidement et abandonné.

Cette préoccupation constante de soi aboutit chez l'hypocondriaque à un égoïsme absolu. Les devoirs sociaux, les obligations de famille ne comptent plus pour lui, tandis qu'il attache une importance énorme aux moindres incidents qui, en troublant la minutie de ses habitudes, viennent déranger et compromettre sa santé si instable.

L'humeur est très variable, en raison même des innombrables causes de malaise que s'est créées l'hypocondriaque, mais elle est généralement

hargneuse et quelquefois agressive, le malade est mécontent de tout, irrité de l'indifférence ou de l'ironie que provoquent ses « maux imaginaires ».

Il n'y a pas, dans cette forme chronique, ou il n'y a que rarement, les symptômes d'anxiété qui caractérisent la forme aiguë. On n'y observe pas davantage l'agitation désordonnée et la confusion mentale. Les hallucinations sont également moins complexes, moins nombreuses; les réactions du malade sont moins vives, les tentatives de suicide notamment sont beaucoup moins fréquentes et surtout moins impulsives. C'est à tort cependant que certains auteurs affirment que le suicide ne se rencontre pas dans l'hypocondrie chronique.

A cette période de la maladie, on observe souvent des *idées de persécution secondaires*. Dans ses tentatives d'explication, dans ses interprétations incessantes, le malade invoque une influence extérieure ; il finit par attribuer ses souffrances à une intervention hostile, à un personnage qu'il désigne et pour qui il éprouve les sentiments haineux de tout persécuté envers son persécuteur. Dans ce cas, il n'est pas rare de voir l'hypocondriaque devenir un persécuteur redoutable, à la manière de ceux dont nous parlons ailleurs.

Enfin, dans une période plus avancée, apparaissent d'ordinaire des *idées de négation*. Tout à l'heure, les organes étaient en mauvais état, les fonctions étaient compromises; maintenant, la fonction et même l'organe ont disparu : le malade n'a plus que la peau et les os, il n'a plus d'estomac ni de cœur, plus de pouls, plus de respiration, il va mourir, il est mort, etc. Ces idées de négation sont en tout semblables à celles qu'a décrites Cotard dans la mélancolie anxieuse [1]. Mais elles portent à peu près exclusivement sur les organes et sur les fonctions somatiques, rarement elles affectent les qualités morales, comme dans le syndrome de Cotard. Elles s'en distinguent encore par l'absence habituelle des idées de damnation, d'énormité, d'immortalité. Cependant ces dernières ont été signalées dans certains cas [2], mais à un moindre degré de développement.

L'évolution du délire hypocondriaque systématisé chronique est semblable à celle des psychoses systématisées chroniques en général, et dont le délire de persécution, type Lasègue-Falret, nous a donné l'exemple le plus caractéristique.

Une *première période*, qui n'est que l'exagération des tendances constitutionnelles du malade et dont le début est, par conséquent, impossible à fixer, est représentée par la préoccupation exagérée de la santé, sans que le sujet exprime toutefois des idées nettement délirantes. C'est la période d'*inquiétude* ou d'*hypocondrie simple*, ordinairement d'une longue durée.

La *seconde période*, période *délirante* ou période *d'état*, se caractérise par des hallucinations complexes, par la systématisation du délire et par des

[1] Cotard. *Du délire hypocondriaque dans une forme grave de mélancolie anxieuse*, Annal. méd.-psych., septembre 1880. *Du délire des négations*, Archiv. de Neurol., 1882.

[2] P. Castin. Un cas de délire hypocondriaque à forme évolutive, Annal. méd.-psych., mai-juin 1900.

réactions de nature variable. C'est celle qui présente le plus de dangers et qui exige une attentive surveillance.

Enfin, une *troisième période,* marquée par l'apparition *d'idées de négation* plus ou moins nettes, plus ou moins étendues.

Mais la marche du délire n'est pas régulièrement uniforme, elle présente des rémissions d'une durée variable et des exacerbations dont l'intensité est aussi très inégale. C'est au cours de ces paroxysmes que s'observent de préférence les réactions soit agressives, soit suicides.

Répétons que les malades qui présentent cette évolution typique sont en petit nombre, et que le plus souvent la succession des symptômes ne se produit pas suivant des périodes aussi nettement tranchées.

Cette forme délirante est ordinairement incurable. Cependant, les auteurs ont rapporté des cas de guérison, au cours des premières périodes. Quand il existe des idées de négation accentuées, consécutives à une longue période de délire, on ne peut guère espérer une terminaison favorable.

Diagnostic. — Il n'est pas toujours facile de distinguer la forme légitime du délire hypocondriaque systématisé chronique des délires analogues qui se rencontrent, à titre de symptôme ou de complication, dans un certain nombre d'affections mentales.

Dans la *paralysie générale,* dans *l'alcoolisme,* il suffit d'un peu d'attention pour reconnaître la véritable nature de la maladie, au moins dans les cas typiques et à une période un peu avancée. Il faut savoir, cependant, qu'un accès de délire hypocondriaque aigu peut se rencontrer au début de la paralysie générale, comme il peut n'être que la première étape de la forme chronique. Les éléments du diagnostic, parfois très épineux en pareil cas, seront fournis par la recherche des signes physiques et de cet affaiblissement d'ensemble des facultés qui ne manque jamais, même au début de la paralysie générale.

Le délire de *persécution systématique* présente parfois des idées hypocondriaques également systématisées, à ce point que Morel considérait le délire de persécution comme une transformation de l'hypocondrie. Sans soulever ici cette question de doctrine, nous dirons que dans le délire de persécution typique les préoccupations hypocondriaques ne jouent qu'un rôle secondaire, que les hallucinations de l'ouïe y ont une importance capitale, que la succession des périodes est beaucoup plus nette et plus régulière que dans le délire hypocondriaque, et qu'enfin le persécuté évolue vers les idées de grandeur tandis que l'hypocondriaque aboutit aux idées de négation.

L'*hystérie* peut aussi s'accompagner d'idées hypocondriaques plus ou moins coordonnées et d'idées de négation. On s'appuiera, pour établir le diagnostic, sur la constatation des symptômes habituels de l'hystérie, sur leur complexité, sur l'absence dans l'hystérie d'une évolution progressive, et aussi sur ce fait que les idées de négation des hystériques ne portent ordinairement que sur la fonction et non point, comme chez l'hypocondriaque, sur l'organe lui-même : l'hystérique refuse de manger, par exemple, parce que

son estomac ne peut plus digérer, mais non parce que son estomac est bouché ou détruit.

Avec le *délire mélancolique*, la distinction est parfois plus difficile, et on ne pourra souvent l'établir que par la connaissance du développement de la maladie. Chez l'hypocondriaque, le délire est primitif, on n'observe pas cette période de dépression, d'émotivité et d'aboulie qui marque le début de la mélancolie et qui précède le délire. Quand le délire mélancolique est constitué, avec ou sans idées hypocondriaques, il s'accompagne d'un sentiment d'impuissance intellectuelle et d'une douleur morale caractéristiques. Dans l'hypocondrie systématisée, au contraire, il existe une grande activité intellectuelle ; au lieu de l'humilité, on constate plutôt des tendances orgueilleuses, et la résignation du mélancolique est remplacée par une attitude de lutte plus ou moins énergique. Le délire mélancolique est centrifuge, le malade se préoccupe des maux dont il peut être pour autrui la cause ou l'occasion. Le délire hypocondriaque est centripète, comme le délire de persécution, le malade rapporte tout à lui-même, et il place dans le monde extérieur le point de départ de ses souffrances, il se fait le centre de l'univers, il présente une *autophilie* très développée (Ball). Enfin, les idées de négation des mélancoliques s'accompagnent d'idées de damnation, d'énormité et d'immortalité (Cotard) qui manquent chez l'hypocondriaque négateur (Séglas), ou qui, tout au moins, sont peu développées.

TYPE EXPANSIF

La forme expansive du délire systématisé chronique comprend les cas dans lesquels, au lieu d'être, comme dans la forme dépressive, d'humeur sombre, sans cesse absorbés dans des préoccupations pénibles et comme repliés sur eux-mêmes dans une sorte d'analyse subjective, les malades sont exubérants, cherchent à répandre et à imposer leurs idées, se passionnent pour l'influence qu'elles peuvent avoir sur autrui. Tandis que les malades de la première catégorie sont poussés par leur délire même à fuir le commerce des hommes, à s'isoler, ceux de la seconde, au contraire, sont poussés à sortir d'eux-mêmes, à se répandre pour trouver des confidents et des adeptes.

On distingue trois variétés principales dans le délire systématisé primitif, à évolution chronique et à forme expansive : la variété *ambitieuse* proprement dite, la variété *religieuse* et la variété *érotique*. Ces variétés se rencontrent rarement à l'état pur. D'abord, elles ont une racine commune, à savoir une tendance orgueilleuse très marquée. Ensuite, dans chacune d'elles on retrouve le plus souvent à quelque degré les conceptions qui caractérisent les deux autres. Quand on parle de délire religieux systématisé, par exemple, on n'entend pas décrire un état morbide dans lequel les idées religieuses constitueraient exclusivement et à elles seules tout le délire ; on veut dire simplement que les idées religieuses y jouent le rôle essentiel et primitif, qu'elles constituent le centre autour duquel gravitent les sentiments et les réactions du malade, et enfin que les autres conceptions qui s'y ajoutent

n'ont qu'une importance accessoire, ne sont pas indispensables à la constitution du délire. Ce n'est donc pas l'existence exclusive de conceptions délirantes d'une formule donnée qui caractérise les variétés du délire systématisé expansif, mais c'est leur *prédominance* marquée. Les idées de grandeur, les idées religieuses ou érotiques ont, dans ces cas particuliers, une importance analogue à celle qu'ont les idées de persécution dans le délire systématique de persécution. C'est donc à juste titre qu'une description spéciale leur est consacrée.

Quelques auteurs n'admettent pas l'existence indépendante de ces délires systématisés expansifs, qui rentraient dans la *Monomanie* d'Esquirol et qui ne doivent pas lui survivre. Il est certain que la *Monomanie* était faite de cas disparates, dont le plus grand nombre ont pu être rattachés à une catégorie plus générale et cliniquement mieux définie, telle que la *paralysie générale*, l'*alcoolisme*, la *manie*, les diverses *névroses*, etc. Mais il n'est pas moins certain que ce classement une fois opéré, il reste encore un petit nombre de cas irréductibles, au moins actuellement, à une autre forme mentale, et qui ont une physionomie propre et une évolution indépendante. Certains auteurs englobent encore tous ces faits, qu'on ne peut classer facilement, dans la *dégénérescence mentale ;* c'est là une interprétation doctrinale qui laisse entière la question clinique. Au point de vue clinique, en effet, on n'a rien dit quand on a dit *délire dégénératif*, puisque, ainsi que nous l'avons vu, cette épithète s'applique aux formes les plus variées, parfois même les plus opposées. Par elle-même, la notion de dégénérescence n'apporte aucune clarté à la solution d'un problème particulier, et notamment elle ne donne aucune indication pour la question si importante du pronostic, puisqu'un délire systématisé quelconque, apparaissant chez un « dégénéré », est tantôt parfaitement curable, tantôt tout à fait incurable. Ce n'est donc pas en tant que dégénératif qu'un délire d'une certaine formule comporte une signification plus ou moins grave, mais c'est selon qu'il naît et se développe brusquement ou insidieusement, qu'il présente tel ou tel degré de systématisation, telle ou telle évolution, etc.

Il nous paraît donc indispensable, jusqu'à ce que leur signification nosologique soit définitivement précisée, de décrire à part ces différents délires systématisés qui, dans un petit nombre de cas il est vrai, ont une réelle individualité clinique. Nous ne faisons en cela que suivre l'exemple de la grande majorité des auteurs.

Les trois variétés de délire systématisé expansif chronique ont des caractères généraux communs.

Ils apparaissent plus fréquemment chez des sujets atteints de tares héréditaires ou congénitales, ce qui, peut-être, leur est commun avec le délire systématisé dépressif (J. Falret, Krafft-Ebing, Schule, Tanzi et Riva, etc.).

Ils éclatent d'ordinaire entre vingt-cinq et quarante ans, mais ils peuvent aussi, beaucoup plus rarement toutefois, ne se montrer que dans la vieillesse.

Leur évolution est généralement lente, leur début insidieux, et ils pré-

sentent les trois phases que, depuis J. P. Falret, l'on reconnaît à tout délire systématisé chronique : phase *d'incubation*, phase *d'état* ou *de systématisation*, phase de délire *stéreotypé* ou de déclin. Dans certains cas cependant l'évolution est beaucoup plus rapide, tout en restant régulière. C'est ce que l'on observe habituellement chez les vieillards qui présentent ces formes délirantes.

La terminaison par *démence* véritable est exceptionnelle, mais la guérison l'est également, et le *traitement* se borne d'ordinaire aux soins hygiéniques et aux mesures de sécurité.

I. — Délire ambitieux systématisé (Mégalomanie)[1].

Après ce que nous avons dit de la phase mégalomaniaque du délire de persécution systématique (voy. p. 524), il serait superflu de décrire longuement les idées délirantes qui constituent le délire ambitieux systématisé *primitif;* elles sont de même nature ou même identiques, et elles portent soit sur les richesses, soit sur les titres honorifiques et le rôle social du malade, soit enfin sur des grandeurs mystiques. Fréquemment aussi, elles s'accompagnent d'idées de persécution plus ou moins caractérisées. La différence capitale réside dans l'époque d'apparition des idées de grandeur. Tandis qu'elles sont secondaires dans le délire de persécution et qu'elles y affectent toujours la signification d'une réhabilitation et d'un dédommagement, ici, elles sont les premières en date et en importance, elles sont réellement primitives et, par rapport à elles, les idées de persécution sont secondaires et accessoires.

Suivant la tournure que présentent les conceptions délirantes, le délire ambitieux systématisé est encore appelé délire *philanthropique*, des *réformateurs*, des *inventeurs*.

Plus fréquemment, semble-t-il, que le délire de persécution systématique, le délire ambitieux se développe chez des individus qui présentent des tares héréditaires ou congénitales, et qui en outre sont des débiles de l'intelligence. Mais il s'en faut que ce soit la règle générale et que l'on puisse, à l'exemple de certains auteurs, considérer l'idée de grandeur comme l'indice d'un amoindrissement intellectuel ; c'est là une erreur psychologique. Assez souvent, ce délire se rencontre chez les sujets fort intelligents, d'une grande activité intellectuelle. Dans ces cas, les conceptions maladives présentent une logique trompeuse et, comme elles sont appuyées parfois de faits réels (découvertes, écrits scientifiques ou littéraires d'une certaine valeur, etc.) ; comme, d'autre part, le malade peut dissimuler pendant un certain temps les exagérations outrées de son orgueil et ses dignités imaginaires, il arrive que le délire est méconnu, que le malade passe pour un homme de génie et qu'il exerce sur son entourage ou même sur la société tout entière une

[1] Esquirol et Marc. *Ouvrages cités*. Krafft-Ebing, Schule, Dagonet, Ball, Magnan, *Traités et leçons déjà cités*. Serge Soukhanoff. *Contribution à l'étude de la Paranoia inventoria*. Annal. méd.-psych. septembre, 1896.

influence plus ou moins profonde. Leuret[1] avait déjà noté la différence qui existe, au point de vue de l'extension et de l'absurdité du délire, entre les malades intelligents et instruits et entre ceux dont l'intelligence est débile ou peu cultivée : « L'homme instruit, disait-il, quand il est aveuglé par cette passion, monte quelques degrés ; l'homme ignorant va d'un seul bond jusqu'au sommet ; le premier se fait ministre, roi ou empereur ; le second s'arrête rarement à ces dignités trop fragiles, il se fait Dieu. Les dieux que l'on rencontre dans les maisons d'aliénés appartiennent presque tous à la classe pauvre ». Il est juste d'ajouter que Leuret, en décrivant la *Monomanie d'orgueil,* avait principalement en vue des paralytiques généraux et des déments.

Les auteurs ont tous observé que le délire ambitieux systématisé se développe à peu près constamment chez des sujets très vaniteux, ayant toujours eu d'eux-mêmes une opinion très avantageuse, et dont l'état moral se caractérise par un égoïsme profond, par une indifférence complète à l'égard des sentiments et des intérêts d'autrui.

a. La période *d'incubation* est généralement très longue, elle présente l'ébauche des symptômes qui atteindront leur plein développement à la période d'état. Les sujets sont sans cesse préoccupés de rêves de grandeur et d'ambition, ils se découvrent des talents supérieurs, ils écrivent des ouvrages littéraires ou scientifiques, ils appliquent leurs facultés artistiques plus ou moins réelles à des œuvres qui doivent leur assurer la gloire et la fortune. Certains s'adonnent plus spécialement aux inventions de toute espèce (délire des inventeurs) ou bien ils élaborent continuellement des projets de réforme politique ou sociale (délire des réformateurs, des philanthropes) qui, d'après eux, assureront le bonheur de l'humanité, etc. Ces diverses manifestations présentent, suivant le niveau intellectuel et le degré de culture, plus ou moins de valeur et d'originalité ; mais elles ont toujours, même chez les mieux doués de ces malades, quelque chose de bizarre, de mal adapté qui les rend infailliblement ou nuisibles ou stériles.

Le langage, l'attitude extérieure trahissent ordinairement l'orgueil et les préoccupations grandioses de ces sujets. Ils sont hautains, dédaigneux, insolents dès qu'on les contredit, ils ont le ton condescendant et protecteur avec ceux qui les prennent au sérieux. Ils tranchent de haut et sans hésitation les questions les plus difficiles, ils n'admettent jamais la discussion, et ils éprouvent le plus complet mépris pour « le vulgaire », c'est-à-dire pour l'humanité tout entière. Cette manière d'être caractéristique s'accuse naturellement de plus en plus avec les progrès du délire.

A la période d'incubation, il n'est pas rare de voir ces malades compromettre leur fortune et leur situation par les tentatives imprudentes, par les spéculations hasardées que leur suggèrent une assurance et une vanité hors de toute mesure.

b. Quand la période *d'état* est constituée, le délire est alors évident à tous

[1] Leuret. *Fragments psychologiques sur la folie*, Paris, 1834.

les yeux. Les malades s'attribuent une fortune, des dignités, des titres de noblesse purement imaginaires. Suivant la tournure de leur esprit et leur éducation, les uns se disent de famille princière ou royale, les autres ont inventé des machines d'une puissance et d'une ingéniosité extraordinaires, d'autres sont écrivains et poètes de génie, leurs œuvres « font pâlir les ombres de Corneille et de Victor Hugo », d'autres enfin se considèrent comme des

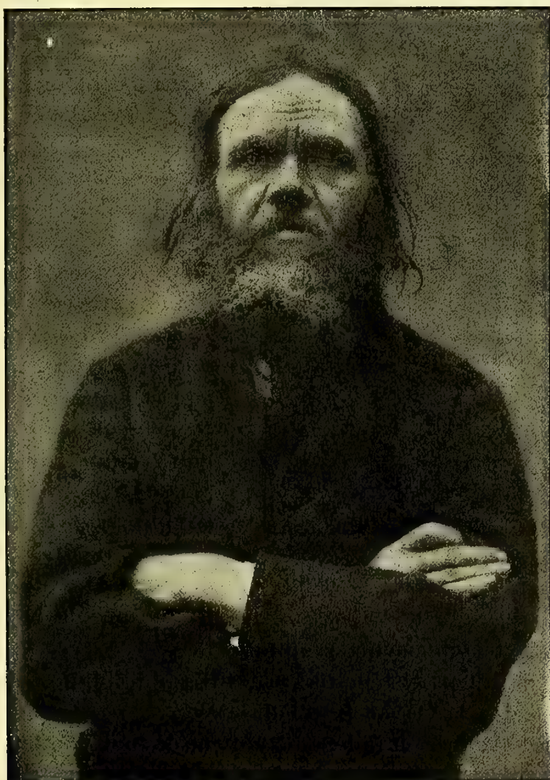


Fig. 43. — Mégalomanie.

prophètes, d'illustres réformateurs de l'humanité, directement inspirés par Dieu même, etc, etc.

Les idées délirantes sont continues, mais elles s'accroissent par poussées successives, accompagnées d'accès d'agitation plus ou moins vive.

Les *hallucinations* de l'ouïe existent dans un certain nombre de cas, mais, d'après Krafft-Ebing, elles ne seraient pas fréquentes.

Il est habituel d'observer, chez les délirants ambitieux systématiques, quelques *idées de persécution ;* elles sont parfois assez actives pour déterminer des réactions violentes et dangereuses contre les prétendus persécuteurs. Mais ces idées de persécution, toujours *secondaires,* naissant des obstacles

que rencontre le malade dans la réalisation de ses projets insensés, ne jouent aucun rôle dans la genèse des troubles délirants. Elles n'ont jamais ni la fixité ni l'intensité des idées de grandeur primitives.



Fig. 44. — Mégalomanie (communiquée par le Dr Gilbert Petit).

c). Enfin, la période de *déclin* ou de délire *stéréotypé* est marquée par l'atténuation des symptômes réactionnels, atténuation en rapport avec une moindre activité délirante, avec la disparition des hallucinations quand il en existait. Le malade se confine dans une attitude réservée et hautaine, il ne consent à parler qu'à certaines personnes, souvent il arbore des insignes, des décorations de toute espèce, il distribue des brevets et des titres qu'il a créés, etc. Son délire ne se renouvelle plus, il devient monotone et sans éclat, les mêmes idées reviennent dans les mêmes termes, comme une leçon apprise par cœur, et elles tournent de plus en plus à une sorte de rabâchage. Cette dernière période peut durer très longtemps, sans aboutir à une démence véritable ; celle-ci est une terminaison exceptionnelle.

Si le délire ambitieux systématisé primitif se développe de préférence dans la première moitié de la vie, on peut l'observer avec ses caractères bien définis dans la vieillesse avancée et indépendamment de tout affaiblissement appréciable des facultés, en dehors de toute sénilité. Ces cas sont rares. Nous en avons publié avec G. Ballet un exemple très remarquable, autant par le grand âge du malade (quatre-vingts ans passés) que par sa vigueur intellectuelle et la fermeté du délire [1]. Cullerre a communiqué au Congrès de Bordeaux [2] une observation analogue, relative à un vieillard de soixante-douze ans.

II. — Délire systématisé religieux.

Le délire systématisé chronique à forme religieuse se développe fréquemment chez des sujets entachés d'hérédité morbide, mais cette condition n'est pas indispensable, et, en fait, on ne la rencontre pas toujours.

[1] G. Ballet et Arnaud. *Délire systématisé des grandeurs, sans affaiblissement intellectuel notable, chez un vieillard de quatre-vingts ans passés*, Annal. méd. psych., mars 1895.

[2] Cullerre. *Délire ambitieux systématisé primitif chez un vieillard*. Congrès de Bordeaux, août 1895.

Qu'il y ait ou non hérédité, l'influence de l'*éducation* et du *milieu* paraît avoir une action prépondérante sur l'orientation du délire dans le sens religieux. Dans la plupart des cas, en effet, ce délire atteint des sujets qui, depuis l'enfance, présentaient un goût marqué pour les pratiques de la religion, l'habitude de raisonner sur les dogmes, et souvent une véritable exaltation mystique. Le délire, quand il apparaît, n'est réellement alors que l'amplification pathologique de tendances antérieures, qu'une hypertrophie morbide du caractère, chez des sujets excitables et d'une intelligence ordinairement débile.

On distingue deux formes principales de délire religieux : la forme expansive ou Théomanie, et la forme dépressive ou Démonomanie. D'après B. Ball, la forme dépressive serait plus fréquente chez les protestants, par suite de l'influence décourageante du dogme de la prédestination mal compris et de la crainte du péché irrémissible. Cependant, on l'observe aussi chez des catholiques, et cet auteur en rapporte un exemple très net. Nous n'avons en vue ici que la forme expansive, la forme dépressive ayant étédécrite dans ses traits essentiels à propos des persécutés possédés (V. p. 543).

Comme tous les délires systématisés chroniques, le délire religieux présente dans son évolution trois périodes : période de préparation, période d'état, période de déclin.

a. La période de *préparation* ou d'*incubation*, ainsi que nous l'avons déjà dit, remonte souvent à l'enfance ou à la puberté. Elle est caractérisée par l'aptitude aux émotions religieuses, par des pratiques exagérées, ascétiques et parfois bizarres. Les sujets manifestent un véritable enthousiasme pour les cérémonies du culte, ils sont hantés par l'ardent désir d'entrer au couvent ou au séminaire, ils projettent d'évangéliser les peuplades sauvages, ils rêvent du martyre, etc. Ces préoccupations élevées coexistent souvent avec une vive *excitabilité génitale*, qui se satisfait par la masturbation, mais qui détermine une lutte morale quelquefois très pénible, des remords, des accès de découragement. L'excitabilité génitale se traduit aussi, sous une forme indirecte et inconsciente, par une sorte de mysticisme érotique qui s'adresse à tel ou tel saint en particulier, quelquefois à un prêtre dont la présence avidement recherchée, ou même dont la seule pensée, procure des sensations spéciales et très vives.

Dès cette période, ces futurs délirants sont absorbés dans des exercices de piété, dans la lecture d'ouvrages pieux ; distraits pour tout le reste, ils perdent le goût et l'habitude du travail. Des *hallucinations de la vue*, des apparitions célestes, qui remplissent les malades de joie, se montrent quelquefois à ce moment.

b. Le début de la *période d'état*, du délire caractérisé, est provoqué le plus souvent par des influences déprimantes, *physiques* ou *morales*. Parmi les causes physiques, la plus importante est représentée par les *excès sexuels* ou par l'abus de la *masturbation ;* les maladies graves, les fatigues, les veilles jouent aussi le rôle de causes déterminantes. Les causes morales ont une action prépondérante ; on relève surtout les amours contrariés, les revers de

fortune, etc. ; tous les auteurs insistent sur l'influence particulière qu'exercent les sermons de certains prédicateurs véhéments qui dépeignent avec trop de complaisance et de vivacité les tourments de l'enfer et les difficultés du salut. Agissant sur un cerveau en état d'imminence morbide, surtout quand elles sont répétées au cours de retraites ou de missions, ces prédications troublantes entraînent fréquemment l'éclosion du délire ; il apparaît souvent au milieu d'une phase d'excitation plus ou moins intense. Une fois constitué, le délire se caractérise par des idées délirantes multiples, par des hallucinations et par des troubles de la sensibilité générale et de la cœnesthésie.

Les idées délirantes religieuses sont le développement de celles qui existaient déjà à la période d'incubation ; les hallucinations les fixent et les précisent de plus en plus. Les malades redoublent leurs pratiques religieuses et ils veulent les imposer autour d'eux. Ils passent leur temps en prières, et ils ne tardent pas à communiquer avec Dieu, avec la Vierge, avec les Saints. Ils ont des apparitions plus fréquentes : auréoles lumineuses, ciel entr'ouvert, personnages imposants ou souriants, etc. ; ils les interprètent et cherchent à trouver en elles des règles de conduite.

Ces apparitions, tout au moins au début, sont ordinairement *silencieuses ;* souvent elles se font comprendre par gestes ou au moyen de banderoles portant des inscriptions. Les malades étonnés, craignant de méconnaître les volontés d'en haut, supplient l'apparition de s'expliquer, de parler, et bientôt, sous l'influence de leur imagination surexcitée et de leur volonté tendue, ils arrivent à entendre une voix qui les rassure, qui leur fait des promesses, qui leur donne des ordres, qui leur assigne une mission particulière, etc. Les hallucinations de la vue sont ordinairement, mais non toujours, prédominantes, contrairement à ce qui s'observe dans le délire systématisé de persécution. Souvent, les visions et les voix se manifestent aux malades pendant des crises d'extase, de ravissement, qui s'accompagnent habituellement de phénomènes cataleptiques d'une intensité et d'une durée variables. Dans certains cas, il existe des *hallucinations de l'odorat* (odeur de soufre) révélant la présence du Diable.

Les troubles de la sensibilité générale et de la cœnesthésie donnent lieu à des sensations de frémissement, de chaleur intérieure, qui, pour le malade, sont l'indice de la présence divine, du souffle céleste qui les pénètre et les transforme. Dans la forme dépressive (*démonomanie*), ce sont, au contraire, des sensations pénibles, accusant l'action diabolique. Les troubles *psychomoteurs* sont fréquents, ils consistent très souvent en sensations de déplacement du corps, de soulèvement, etc. ; les hallucinations *verbales motrices* (voix intérieure) sont habituelles.

Mais les idées religieuses, les sensations de pur ravissement et les hallucinations correspondantes se compliquent presque toujours d'éléments d'une tout autre nature. Nous voulons parler des *idées érotiques,* à peu près constantes dans les délires religieux, systématisés ou non. Tous les auteurs, les modernes comme les anciens, ont signalé ce mélange bizarre, et le professeur Ball considère comme « l'un des premiers caractères de la folie religieuse le

mariage intime et constant des idées mystiques avec les idées érotiques » (*loc. cit.*, p. 591). Ces idées spéciales sont peut-être plus développées chez la femme, et elles s'accompagnent de sensations génitales parfois très précises et nullement mystiques. Il y a là souvent pour le malade une cause de trouble profond ; il attribue à l'influence du Malin ces idées lubriques et ces sensations voluptueuses, il s'applique à les chasser, par la pénitence, par le jeûne et les macérations ; il a des moments de doute, de découragement et de désespoir. Cette lutte entre des tendances contraires, entre le bien et le mal, est caractéristique d'un trouble profond de la personnalité, d'un véritable dédoublement ; elle s'accompagne souvent d'*idées de possession*, d'après le mécanisme que nous avons indiqué à propos des persécutés possédés (voy. plus haut). Mais ces crises de dépression sont passagères, et, avec la systématisation croissante, apparaissent, après un temps plus ou moins long, des *idées de grandeur* qui dissipent tous les doutes et toutes les angoisses. Si c'est un homme, le malade est prophète, il est le représentant direct de Dieu sur la terre, il doit assurer le triomphe de la religion dans l'Univers, il est le Sauveur du monde, etc. Si c'est une femme, elle peut avoir aussi une mission analogue, mais le plus souvent elle est destinée à mettre au monde un nouveau Christ, elle est la Mère de Dieu ; elle s'explique alors les sensations qui la troublaient autrefois, et elle en jouit sans remords.

Le passage aux *idées de grandeur* est encore un caractère essentiel du délire systématisé religieux à évolution chronique. Il s'y mêle assez souvent des *idées de persécution*. De même que, tout à l'heure, les malades avaient à lutter contre le Démon et ses tentations, ils ont maintenant des ennemis qui s'opposent à leur mission, qui méconnaissent leur grandeur et qui s'appliquent à leur susciter des obstacles. Mais, dans l'ensemble du délire, ces idées de persécution, secondaires par leur développement, le sont aussi par leur importance, et elles n'occupent que le second plan.

Les délirants religieux systématiques sont généralement animés d'un vif esprit de prosélytisme, ils répandent autour d'eux la bonne parole, avec une ardeur souvent contagieuse. A de certaines époques, et encore de nos jours, tel de ces malades devient le point de départ d'une véritable *épidémie* de délire mystique, donnant lieu non pas seulement à des extravagances, mais aussi à des actes très graves et très dangereux. Ces malades présentent en effet une tendance particulière aux mutilations et au suicide. Les mutilations qu'ils affectionnent spécialement sont celles qui portent sur les organes génitaux, et l'on sait que la castration et l'amputation des seins sont un des rites habituels de la secte des *Skoptzi*. Le crucifiement est un mode de suicide plusieurs fois observé chez des malades de cette catégorie ; ils mettent à le préparer et à l'exécuter eux-mêmes une patience et une ingéniosité effroyables. Un exemple fameux d'auto-crucifiement est celui du cordonnier vénitien Mathieu Lovat, dont l'histoire a été reproduite par Esquirol[1], d'après Marc. Les plus modérés se contentent de se mortifier et de se torturer au moyen de cilices

[1] Esquirol. *Maladies mentales*, t. I, p. 545.

dont les piquants déchirent la peau, de chaînes de fer armées de pointes qui pénètrent dans les chairs, etc. Ces souffrances et la mort volontaire sont, pensent les malades, agréables à Dieu, elles assurent leur salut éternel. Aussi, par esprit de prosélytisme, veulent-ils procurer aux autres les mêmes félicités ; de l'auto-mutilation et du suicide, ils passent fréquemment à l'attentat et au meurtre sur autrui. Il n'est pas rare qu'un de ces malades tue ses propres enfants ou quelqu'un des siens pour hâter leur arrivée en Paradis ; c'est parfois pour obéir à une hallucination impérative qu'il commet un meurtre. Dans certains cas, ils réussissent à répandre autour d'eux, en même temps que leurs idées, l'appétit du suicide. On trouve de nombreux exemples de ces sortes d'épidémie dans les auteurs spéciaux, et sans remonter au moyen âge[1]. Au XVIII[e] et au XIX[e] siècle, on a observé, en Russie, plusieurs épidémies de suicide religieux, dans lesquelles les malades se faisaient enterrer vivants ou murer dans un caveau. La dernière de ces épidémies, étudiée par le professeur Sikorski, est toute récente, puisqu'elle s'est produite en 1897, à Ternovo, dans la Russie méridionale : plutôt que de se laisser inscrire sur les registres du recensement, ce qui était considéré par eux comme un sacrilège, pour échapper aussi à d'imaginaires persécutions contre leur foi, une communauté de *vieux-croyants*, sous l'influence d'une fanatique, résolut de mourir. L'un d'eux fut chargé de combler et de murer les fosses qu'avaient creusées les victimes elles-mêmes ; il avait juré de se tuer ensuite. Il aida ainsi 25 personnes à mourir, mais il n'eut pas le courage de tenir son serment[2].

On voit que ce n'est pas sans raison que Schüle a pu écrire : « Il n'est pas de malade plus dangereux pour lui-même et pour les autres qu'un délirant systématique religieux ». (Traité, p. 160.)

c. L'activité délirante finit par s'atténuer progressivement, les hallucinations et les sensations extatiques perdent de leur vivacité, c'est la *période de déclin*. Les idées délirantes sont stéréotypées, sans variété et sans éclat ; le malade s'immobilise dans des formules monotones, il répète toujours les mêmes paroles, il accomplit les mêmes actes, il adopte une attitude conforme à sa mission imaginaire, et, souvent, il s'emporte dès qu'on le dérange de ses prières ou dès que l'on discute avec lui des questions religieuses. On observe aussi quelquefois des périodes pendant lesquelles le malade présente des symptômes *cataleptoïdes* : il reste immobile, il paraît ne rien voir et ne rien entendre, il ne mange pas. Au bout d'un certain temps, les mouvements reparaissent, et le malade reprend son existence habituelle.

Il est exceptionnel que la maladie se termine par la démence.

Bibliographie. — Sur le délire religieux, consulter, en dehors des ouvrages classiques d'Esquirol, de Marc et surtout de Calmeil : B. Ball, *Leçons sur les maladies mentales*, 2[e] édit. 1890. — H. Dagonet, *Traité des maladies mentales*, 1894. —

[1] Voir « l'hécatombe de Pedra Bonita », in *La folie des foules*. par Nina-Rodriguez. Annal. méd. psychol., juillet-août 1901.

[2] *Les Emmurés volontaires*, par Michel Delines. Revue scientif. 3 septembre 1898.

Dupain, *Étude clinique sur le délire religieux*, th. de Paris, 1888. — Krafft-Ebing, *Traité clinique de psychiatrie*, traduct. franç., 1897. — Magnan, *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, passim. — Schule, *Traité clinique des maladies mentales*, traduct. franç., 1888. — Vallon et Marie, *Des psychoses religieuses à évolution progressive et à systématisation dite primitive*, Archiv. de neurol., déc. 1896, janv. et mars 1897.

III. — Délire systématisé érotique. Érotomanie d'Esquirol.

Le délire érotique systématisé sera décrit plus loin, au chapitre des anomalies sexuelles, sous le nom d'*Érotomanie.* Pour Esquirol, le mot *Érotomanie* s'appliquait aux désordres de l'amour-sentiment, abstraction faite de l'amour-sensation, des excitations génitales ; c'est un trouble purement cérébral, par opposition à la *Nymphomanie* et au *Satyriasis*, qui représentent l'excitation génitale brute, médullaire. Le délire systématisé érotique représente l'*Érotomanie* considérée dans son développement, et non plus comme un simple trouble de la sphère génitale.

Ce délire semble se développer de préférence chez des sujets congénitalement tarés, à développement anormal, et qui, de bonne heure, ont présenté des bizarreries morales ou intellectuelles. Il devrait donc être rangé dans notre seconde classe de psychoses. Nous le mentionnons ici uniquement pour ne pas scinder la description des délires systématisés chroniques.

Les sujets se créent un idéal amoureux, ils le caressent complaisamment, ils l'alimentent par leurs lectures, par leurs rêveries ; ils se croient sur le point de le réaliser, quand ils s'aperçoivent qu'ils ont fait fausse route. Ils ont ainsi des accès de découragement, de pessimisme, d'hypocondrie. Mais, un jour, ils rencontrent celui ou celle qui fixera leur destinée ; à son attitude, à ses gestes, à des nuances imperceptibles pour tout autre, ils ont reconnu l'amour ou, tout au moins, la sympathie qu'ils inspirent. C'est le *coup de foudre*, et, dès lors, le délire est constitué, il va se développer. L'objet que ces malades poursuivent de leur passion est toujours d'un rang social supérieur à celui qu'ils occupent eux-mêmes. C'est par là que le délire se rattache dès l'origine aux délires de grandeur. Il se complique souvent, en outre, d'*idées de grandeur* relatives à la personnalité du malade et qui l'élèvent au même rang que son idole.

Il y a fréquemment des *hallucinations* de l'ouïe, mais elles ne sont pas constantes ; elles n'ont pas surtout la variété et l'intensité des *interprétations délirantes* qui remplissent désormais la vie du malade. Les faits les plus simples, les plus étrangers à sa personne et à celle de l'être aimé deviennent pour lui des indications, des encouragements, des conseils, etc. ; les annonces des journaux jouent un rôle important dans ces interprétations, qui sont aussi variées que celles des délirants persécutés. Le systématique amoureux cherche tous les moyens de se rapprocher de la personne aimée ; il lui écrit, il se poste devant sa maison, il la suit dans la rue, en voyage, etc. ; et souvent il occasionne des scandales sur la voie publique. Par là, le délirant érotique se rapproche du persécuteur amoureux, tel que nous le montrerons. La ressem-

blance est parfois rendue plus complète par l'apparition d'*idées de persécution* consécutives aux difficultés que lui suscite son indiscrète poursuite.

Dans la majorité des cas, les sens n'ont aucune part à cette excitation amoureuse, il peut y avoir même une frigidité plus ou moins complète; tout se passe dans le domaine de l'imagination, c'est proprement l'*amour platonique*, éthéré.

Quelquefois cependant, les malades se livrent à la masturbation, ou même ils manifestent des désirs sexuels ; mais ces velléités sont ordinairement passagères et sans grande importance comme caractéristiques du délire.

Chez certains sujets, et principalement chez les prêtres et les religieux, le délire systématisé érotique se complique de conceptions délirantes *mystiques*, de même que nous avons vu les délirants religieux présenter fréquemment des idées érotiques. C'est alors à la Vierge ou à Jésus que s'adressent d'ordinaire les effusions érotico-sentimentales des malades, et elles s'accompagnent d'idées de grandeur en rapport avec ces idées mystiques.

IV. — **Délires systématisés chez les vieillards.**

Les formes de délire systématisé que nous avons décrites se développent le plus souvent soit dans le jeune âge, soit dans l'âge mûr. Mais ces mêmes délires peuvent apparaître dans la vieillesse, après soixante-dix ans, après quatre-vingts ans même, ainsi que nous en avons rapporté un exemple avec G. Ballet. Nous ne parlons pas ici des délires séniles, développés sur un fond de démence plus ou moins caractérisée. Nous n'avons en vue que les délires survenant chez des personnes âgées mais dont les facultés n'ont pas fléchi, de telle sorte que par sa logique, par sa fermeté, par sa tenue générale, le délire ne diffère en rien de ce qu'il est chez l'adulte. Ces faits, sans être fréquents, ne sont pas non plus absolument rares, et ils ont donné lieu à des travaux intéressants [1]. Ajoutons qu'il n'est aucunement démontré que ces faits soient en rapport avec une prédisposition spéciale ; on peut les rencontrer chez des sujets sans hérédité psychopathique connue et dont l'existence antérieure a été correcte.

Les formes le plus communément observées chez les vieillards sont d'abord le *délire de persécution*, puis le délire *érotique ;* le délire *ambitieux systématisé primitif* [2] semble plus rare. La prédominance du délire de persécution s'explique par la défiance qui est un des traits habituels de l'état mental du vieillard.

C'est généralement *à la suite d'émotions*, de *pertes d'argent*, ou après des

[1] Séglas. *Psychoses séniles et tardives; idées de négation chez les vieillards et persécution sénile*, Progr. méd., 21 octobre 1888. Thivet. *Contribution à l'étude de la folie chez les vieillards*, th. Paris, 1889. Pécharman. *Essai sur les psychoses de la vieillesse*, th. Paris, 1893. Voir surtout Ritti, *Les psychoses de la vieillesse*. Rapport au Congrès de Bordeaux, suivi d'une discussion, avec faits à l'appui, par Vergely, Mabille, Cullerre, Christian, etc.

[2] G. Ballet et Arnaud. *Délire systématisé de grandeur chez un vieillard de quatre-vingts ans passés*, Annal. méd.-psych., mars-avril 1895.

maladies graves que le délire éclate. Il se distingue ordinairement par quelques traits du délire similaire de l'adulte. Quelle que soit la formule délirante, le *début* est rapide, et il s'accompagne d'une *excitation générale,* physique et mentale à la fois. Les malades font preuve d'une activité qui étonne chez eux. Ils écrivent, ils parlent, ils font de nombreuses démarches, sans manifester aucune fatigue. Cette surexcitation persiste d'ailleurs plus ou moins longtemps pendant la durée de la maladie. Le malade dont nous avons rapporté l'histoire, et qui de quatre-vingts à quatre-vingt-quatre ans, a présenté un délire ambitieux primitif des plus remarquables, faisait des achats, fondait des œuvres qui exigeaient de nombreuses démarches, engageait des procès qu'il plaidait lui-même, écrivait aux autorités, aux personnages politiques, soit pour se plaindre de son internement, soit pour donner son avis et ses conseils sur les faits du jour; il se promenait d'un pas alerte plusieurs heures par jour, et il trouvait encore le temps d'écrire, avec une rapidité invraisemblable, des tragédies et des drames en vers, des poésies qu'il adressait à Mme Carnot, à la Reine d'Angleterre, des comédies qu'il destinait au Théâtre-Français ou au Gymnase, une traduction en vers des offices religieux, etc., etc.

Un autre caractère général, habituel sinon constant, des délires systématisés des vieillards, c'est la *rapidité de leur évolution*. Les phases délirantes successives se retrouvent ici comme chez l'adulte, mais leur durée est plus courte ; les malades, on l'a souvent dit, brûlent les étapes, de telle sorte, par exemple, qu'un vieillard persécuté systématique peut parcourir en un an ou deux les trois phases caractéristiques.

Le *délire de persécution* systématique de la vieillesse offre quelques particularités qui le distinguent du même délire développé chez l'adulte : le délire repose principalement sur des *idées de vol,* de *dépossession,* et ce n'est là encore que l'exagération d'un état d'esprit très fréquent chez les vieillards non aliénés ; — les hallucinations de l'ouïe, de la sensibilité générale et génitale existent comme chez l'adulte, mais les *hallucinations de la vue* y sont fréquentes et bien nettes, tous les auteurs sont d'accord sur ce point, tandis que c'est une question de savoir si les hallucinations visuelles existent réellement dans cette forme délirante chez l'adulte.

Ces différents délires ne constituent parfois qu'une phase d'excitation qui marque le début de la démence sénile et qui aboutit rapidement à la ruine définitive des facultés ; ils représentent la dernière flamme, encore éclatante mais déjà vacillante, d'un foyer qui s'éteint. Mais, souvent aussi, ils persistent, avec leurs caractères de systématisation et de logique, sans démence appréciable, jusqu'à la mort du malade.

CHAPITRE II

PSYCHOSES PÉRIODIQUES OU INTERMITTENTES

(*Folie maniaque — dépressive*, de Krœpelin).

L'intermittence est un fait d'observation commune dans le cours des diverses maladies mentales. Mais, dans certains cas, l'intermittence se présente avec des caractères tels, elle prend une importance si particulière, qu'elle a pu servir à la détermination d'un groupe nosologique. Ce n'était pas l'avis de Morel, qui ne voyait dans l'intermittence « aucune des conditions requises pour en faire un genre spécial, une variété particulière d'aliénation mentale [1] ».

La manière de voir de Morel n'a pas prévalu, et tous les auteurs admettent comme groupe distinct les *psychoses périodiques* ou *intermittentes*.

Elles ont pour commune caractéristique la *reproduction* plus ou moins fréquente et régulière *d'accès de manie* ou de *mélancolie*, séparés par des intervalles de santé intellectuelle normale ou presque.

En outre de la manie et de la mélancolie, certains auteurs, notamment Mendel, Kausch, Ziehen, ont décrit une *Paranoia aiguë* (délire systématisé aigu) à *type périodique* [2]. Mais cette forme n'est pas généralement admise, les faits invoqués à l'appui ne paraissent pas démonstratifs, et nous ne croyons pas devoir nous en occuper au cours de ce chapitre [3].

Les accès périodiques de dépression ou d'excitation, les seuls dont nous ayons à parler, présentent à leur tour un *caractère commun*, à savoir leur *très grande ressemblance*, ressemblance qui non seulement porte sur le type général des accès, mais qui se retrouve aussi jusque dans les détails, dans les conceptions délirantes comme dans les actes morbides. Les accès ne se reproduisent pas seulement, ils *se répètent*. De sorte que, si l'on a observé un accès de manie ou de mélancolie périodique, on peut décrire d'avance les accès qui suivront et, conséquence pratique fort importante, se garantir contre le retour d'actes nuisibles.

Cette règle de la répétition identique des accès successifs comporte des

[1] Morel. *Traité des maladies mentales*, 1860, p. 479.

[2] Kausch. *Contribution à l'étude de la folie systématisée périodique*, Archiv. f. Psych., 1892, XXIV, 3, p. 924.

[3] *La Paranoia aiguë périodique*, par Gianelli. Riv. speriment. di freniatria e med. leg., décembre 1898. Anal. in Revue Neurol., 30 mai 1899.

exceptions dont nous parlerons plus loin, mais elle n'en a pas moins un caractère de généralité reconnu par tous les auteurs.

Le *retour des accès,* au contraire, s'opère suivant des modes très variables, si bien que l'on a dû, pour éviter l'inextricable confusion qui résulterait, à ce point de vue, d'une description générale, distinguer un certain nombre de types cliniques, d'après le mode de succession des différents accès. C'est donc de leur *évolution* que les psychoses périodiques tirent leur individualité pathologique et non de leurs symptômes propres, qui sont ceux de la manie et de la mélancolie.

On peut établir les limites du groupe des psychoses périodiques entre deux types extrêmes et opposés : 1° Le *type intermittent pur,* composé d'accès de même nature, séparés par des intervalles lucides d'une durée variable ; il comprend deux formes : la *manie intermittente* et la *mélancolie intermittente.* — 2° Le type *circulaire continu,* composé d'accès maniaques et mélancoliques, alternant indéfiniment, sans aucun intervalle lucide.

Il peut sembler étrange de faire entrer dans les psychoses *intermittentes* une forme *continue,* ne présentant aucun intervalle lucide. La contradiction n'est qu'apparente et toute verbale : d'une part, la folie circulaire continue peut être considérée comme formée par la réunion d'une manie et d'une mélancolie intermittentes, dont les accès alterneraient régulièrement ; l'intermittence existe, si l'on considère séparément les accès de même formule. D'autre part, entre les deux types extrêmes d'intermittence et de circularité se retrouvent de nombreuses *formes intermédiaires* qui les relient l'un à l'autre ; de sorte que ces deux types extrêmes ne sont en réalité que le premier et le dernier anneau d'une longue chaîne pathologique. Enfin, la folie circulaire ne présente pas toujours d'emblée sa forme définitive ; dans certains cas, elle n'est que la transformation et l'aboutissement d'une folie intermittente.

Les *chaînons intermédiaires* que l'on a décrits sont assez nombreux, et il est probable qu'une observation plus minutieuse en ferait découvrir un certain nombre encore.

Le premier, après la forme intermittente pure, est constitué par les folies intermittentes que l'on peut appeler *irrégulières* ou *atypiques* : manie ou mélancolie intermittente dont le cours régulier est interrompu par un ou plusieurs accès de formule contraire.

A un degré plus loin, cette succession d'accès de nature différente, au lieu d'être une exception fortuite, devient la règle ; elle se produit par alternances régulières et elle donne naissance à un nouveau type : la *folie à formes alternes,* avec une intermittence entre chacun des accès, soit maniaques, soit mélancoliques.

Dans les types précédents, chaque accès, soit de manie, soit de mélancolie, est précédé et suivi d'un intervalle lucide, d'une intermittence de raison. Mais il est des cas dans lesquels une intermittence est supprimée, généralement celle qui suit l'excitation, de telle sorte que le malade passe de l'excitation à la dépression sans faire une halte appréciable sur la limite qui les sépare et

qui est l'état de santé. L'accès se compose alors de *deux périodes* ou *phases*. la première d'excitation ou de manie, la seconde de dépression ou de mélancolie, se succédant sans interruption, soudées l'une à l'autre, comme l'a dit très exactement Ritti. L'accès complet, à deux périodes, a été comparé par Baillarger à l'accès complet, à trois stades, de la fièvre intermittente. Après la phase de mélancolie, l'accès est terminé, un intervalle de raison s'établit qui dure plus ou moins longtemps, puis un nouvel *accès conjugué* se reproduit, suivi d'un intervalle lucide, et ainsi de suite. Ce type constitue la *folie à double forme* proprement dite, décrite très nettement par Baillarger, en 1854.

La suppression d'une intermittence établit, ainsi que nous venons de le voir, le passage du type *alterne* au type *double forme*. La disparition de la seconde intermittence va transformer le type double forme en type *circulaire continu*, dans lequel les accès de manie et de mélancolie se succèdent indéfiniment, par alternance régulière et sans aucun intervalle lucide. La dénomination de folie circulaire et la description de cette forme sont dues à Falret père (1851-1854) et à J. Falret (1878-1879). Mais ces auteurs la comprenaient un peu autrement, ainsi que nous aurons à le montrer.

Les tracés ci-contre (Fig. 45) montrent clairement tout ce que nous venons de dire de la succession des accès et de leurs combinaisons dans les psychoses périodiques. Il suffit de comparer ces graphiques pour reconnaître que ces différentes formes se rangent sous deux types principaux : les quatre premières appartiennent au type *intermittent*, régulier ou irrégulier ; — les trois dernières appartiennent au type *alterne*, diversement modifié par la simple suppression d'abord de la première intermittence, puis de la seconde.

Cette remarque n'a pas seulement un intérêt de curiosité. Elle est fondée, en fait, sur certains caractères cliniques. Les accès intermittents simples n'ont pas tout à fait la physionomie clinique des accès de la folie à double forme ou de la folie circulaire. Aussi nous semble-t-il légitime de résumer les considérations générales que nous venons de développer dans le tableau suivant, où les psychoses périodiques sont distribuées en deux groupes distincts, psychoses *intermittentes* et psychoses *alternantes*.

TABLEAU IV

I. — INTERMITTENTES.	Manie.	Type régulier.
		Type irrégulier.
	Mélancolie.	Type régulier.
		Type irrégulier.
II. — ALTERNANTES.	Type alterne simple.	
	Type double forme.	
	Type circulaire continu.	

Ce tableau ne donne que les types principaux, à peu près irréductibles l'un à l'autre. Mais il est facile de comprendre la possibilité de nombreuses

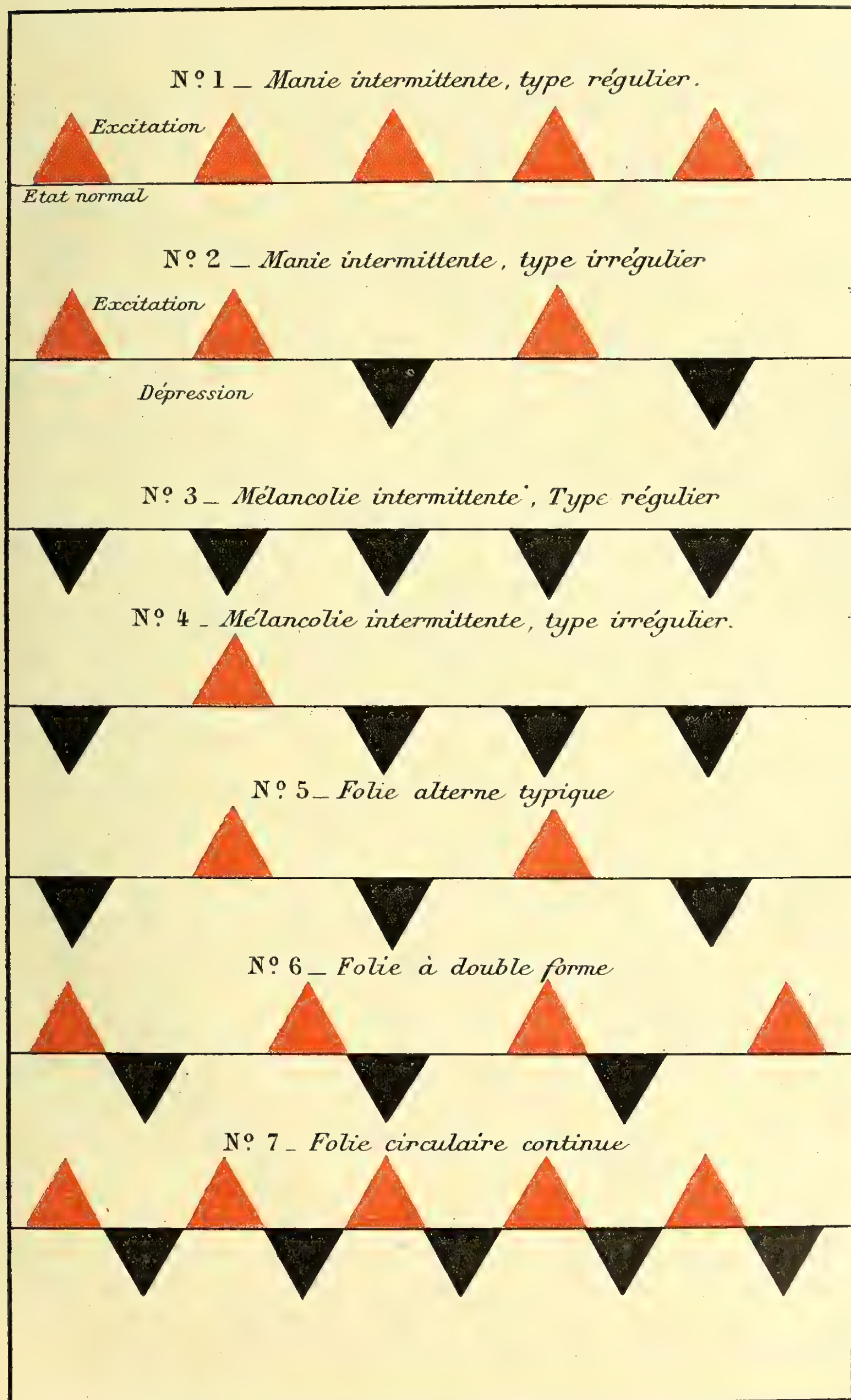


Fig. 45. — Schéma des principales formes de psychoses périodiques.

combinaisons secondaires, surtout si l'on fait intervenir la notion de la durée des accès et des intermittences. C'est ainsi que Baillarger admet *cinq catégories* dans la folie à double forme :

1° La première comprend les accès isolés, que le malade n'en ait qu'un ou qu'il en ait un petit nombre séparés par de longues rémittences.

2° Dans la seconde, les accès, longs ou courts, sont nombreux et se répètent à des intervalles irréguliers.

3° Dans la troisième catégorie se rangent les cas où la folie à double forme prend le type intermittent ; les intermittences sont régulières chez chaque malade, mais très différentes d'un malade à l'autre.

4° et 5°. Aux dernières catégories appartiennent les cas dans lesquels les accès se succèdent sans interruption, sans aucune intermittence. Mais dans l'une, les accès sont courts, dans l'autre, ils sont de longue durée. Ces deux dernières catégories se confondent avec la folie circulaire continue.

La folie circulaire a été également l'objet de subdivisions. Primitivement (1851), Falret père la considérait comme constituée par quatre éléments : manie, intervalle lucide, mélancolie, intervalle lucide, dont la succession régulière formait le cercle morbide. J. Falret et Ludwig Meyer admettent que ces faits sont assez fréquents. Mais, en réalité, il s'agit là de psychose intermittente à type alterne plutôt que de folie circulaire. En 1854, Falret père décrit à la folie circulaire *trois périodes* seulement : manie, mélancolie (sans intervalle lucide véritable), puis intermittence bien nette, mais de courte durée. J Falret, tout en admettant l'existence des cas de folie circulaire à type continu et à type intermittent, pense que le type décrit par son père en 1854 (manie-mélancolie conjuguée, puis intervalle lucide) embrasse le plus grand nombre des faits.

La folie circulaire ainsi comprise ne diffère de la folie à double forme de Baillarger que par une différence dans la durée des intermittences.

Toutes ces subdivisions, par lesquelles on applique à des faits semblables, sinon identiques, des termes différents, résultent en partie de querelles de priorité entre les auteurs. Elles compliquent inutilement la question. Plusieurs auteurs ont cherché avec raison un groupement plus simple, en laissant de côté les différences qui tiennent à la durée des intermittences. C'est ainsi que Marcé (Traité, 1862) réunit en deux catégories seulement les variétés décrites par Baillarger et par Falret. Il range sous le terme de folie à double forme tous les faits où les accès conjugués sont séparés par une intermittence bien marquée, et il réserve le nom de folie circulaire aux cas dans lesquels les accès se succèdent sans aucune intermittence, le cercle morbide roulant sur lui-même sans aucune interruption.

Ritti (Traité clinique de la folie à double forme, 1883), ne voulant pas laisser supposer « qu'on a affaire à deux affections différentes, l'une qui serait la folie à double forme proprement dite et l'autre qu'on appellerait la folie circulaire », conserve l'unique dénomination de « double forme », en acceptant « que cette affection peut présenter deux types différents ; que les accès (manie-mélancolie) peuvent être séparés par des intervalles plus ou moins

longs, ou bien qu'ils peuvent se suivre sans interruption. On a alors :

1° Folie à double forme à type périodique ;

2° Folie à double forme à type continu ou circulaire. »

La classification de Marcé nous paraît la plus simple et la plus claire. C'est celle que nous adoptons dans notre tableau, où la folie à double forme établit le passage entre les types intermittents et le type circulaire continu.

Il faut ajouter que ces types sont très rares à l'état de pureté. Quand la maladie se prolonge pendant longtemps, le type s'altère fréquemment, un accès isolé de manie ou de mélancolie peut être observé au cours d'une double forme jusque-là typique, ou encore deux accès conjugués se succèdent sans intermittence. Parfois aussi la psychose débute sous la forme intermittente simple, pour passer plus tard à la double forme ou au type circulaire continu, etc.

Ces différents types n'ont donc rien d'absolu, on doit les considérer seulement comme des groupements reproduisant d'assez près la réalité des faits et destinés à faciliter l'étude des nombreuses formes de psychoses périodiques.

Ce que nous venons de dire implique que nous ne considérons pas la folie à double forme et la folie circulaire comme des maladies spéciales et autonomes, ainsi que le pensaient Baillarger et Falret père. Nous admettons cette autonomie, cette existence séparée pour le groupe considéré dans son ensemble, mais non pour telle ou telle de ses variétés. Cette manière de voir est d'ailleurs, celle de nombreux aliénistes. Nous avons dit qu'elle est soutenue par Marcé et par Ritti.

Pour J. Falret, « la folie circulaire appartient évidemment au groupe des folies périodiques[1] ».

Magnan exprime la même opinion : « La folie intermittente est une espèce pathologique... Ses accès peuvent offrir, dans leur marche, des variétés d'évolution que certains auteurs ont considérées comme suffisantes pour constituer des espèces pathologiques distinctes ; c'est ainsi qu'on admet les folies intermittentes, les folies alternes, les folies circulaires, etc. Mais on s'assure aisément par l'histoire clinique des malades que ces distinctions reposent sur des caractères assurément très apparents, très saillants, mais cependant secondaires et limités à une phase épisodique de la maladie[2] ». C'est enfin l'opinion à laquelle se rallient G. Ballet (Traité de Médecine de Charcot et Bouchard) et la plupart des auteurs contemporains.

Les deux groupes que nous avons distingués dans les psychoses périodiques (accès simples et accès alternants) ne se distinguent pas seulement par le mode de succession et d'enchaînement de leurs accès. Ils se distinguent encore par des nuances symptomatiques assez importantes pour être signalées, bien que les caractères principaux restent les mêmes.

[1] La folie circulaire, Archiv. génér. de méd. 1878-1879.

[2] Magnan. De la folie intermittente. Com. au Congrès international de médecine, 1890.

A. — FOLIES INTERMITTENTES

Que les accès appartiennent au type maniaque ou au type mélancolique, ils reproduisent d'une manière générale le tableau de la manie ou de la mélancolie non périodiques. Ils en reproduisent aussi les divers degrés. Mais, et c'est une première différence avec le groupe suivant, dans les formes intermittentes simples ce sont d'ordinaire les degrés accentués que l'on observe : manie avec agitation plus ou moins violente, désordre des actes, délire généralisé et incohérent ; mélancolie délirante, avec idées de ruine, de culpabilité, de suicide, etc. La simple exaltation maniaque et la dépression mélancolique sans délire, qui constituent dans la plupart des cas les formes alternantes, sont rares dans les accès intermittents simples.

Pour la description de ces accès, nous n'aurions qu'à répéter ce qui a été dit de la manie et de la mélancolie dans une autre partie de cet ouvrage. Nous y renvoyons, afin d'éviter des redites, et nous nous bornerons ici à indiquer les points qui ont quelque chose de spécial.

Les accès intermittents ont, le plus souvent, une invasion subite, un *début brusque,* au lieu d'être précédés de cette période prodromique habituelle dans les vésanies. Ils atteignent leur summum d'intensité en très peu de jours, parfois en quelques heures.

Leur *marche* est *plus continue, plus uniforme* que celle des accès de manie ou de mélancolie ordinaires. On y observe plus rarement ces paroxysmes et ces rémissions, dont le contraste est si frappant.

Comme le début, la *terminaison* est *brusque,* au lieu de se faire par dégradations lentes. En quelques jours, le malade passe de l'agitation la plus violente, de l'incohérence la plus désordonnée au calme complet, à un état presque normal.

Une des particularités les plus frappantes des psychoses intermittentes est la *ressemblance de leurs accès successifs.* « L'accès ultérieur ressemble en tous points, par les symptômes physiques, intellectuels et moraux, et même par les idées délirantes exprimées, ainsi que par sa marche, aux accès précédents. Le malade passe le plus habituellement par toutes les phases des accès antérieurs, presque d'une manière fatale » (Falret). Il y a évidemment des exceptions à cette règle, mais elle se réalise dans la grande majorité des cas.

La répétition des accès est souvent poussée si loin qu'un même symptôme annonce le retour de chaque accès, et que le malade est lui-même averti d'une récidive imminente. Un malade de Taguet éprouvait, comme premier symptôme de son accès, une douleur intercostale assez vive, qui s'exaspérait par la pression et s'accompagnait de bourdonnements d'oreilles. Un autre, cité par Schule, avait une hallucination visuelle, lui montrant un oiseau gris devant la visière de sa casquette. Dans un cas de Dagonet, c'était un hoquet pénible persistant pendant deux ou trois jours et cessant la nuit. Magnan parle de deux malades dont les accès débutaient, chez l'un par un juron, tou-

jours le même, accompagné de certains gestes, chez l'autre, une femme, par le besoin d'endosser un vieux peignoir. Une femme, observée par G. Ballet, buvait un verre de son urine au moment où l'accès éclatait. On pourrait citer bien d'autres exemples, qui sont tous de nature à donner l'éveil au malade et à son entourage. Il y a là quelque chose de tout à fait analogue au *signal symptom* de l'attaque d'épilepsie.

Les actes se répétant également dans le cours des accès on peut, le cas échéant, prendre certaines mesures de précaution pour en empêcher le retour.

Cette ressemblance dans les symptômes se reproduit parfois dans la durée des accès et dans celle des intermittences. On a alors le type périodique véritable. Mais le cas est exceptionnel, et surtout il ne se réalise, chez un même malade, que dans un petit nombre d'accès. L'irrégularité dans la durée et dans le retour des accès est de beaucoup le cas le plus fréquent. En outre, à mesure que la maladie se prolonge, la durée des accès augmente ordinairement. Il arrive aussi que les intermittences suivent une marche inverse, qu'elles se raccourcissent de plus en plus, et que la maladie cesse d'être intermittente pour devenir continue.

L'intermittence qui sépare les accès offre une durée extrêmement variable, d'un malade à l'autre. Elle a ce caractère essentiel, qui la distingue des rémissions plus ou moins complètes, d'être un véritable retour à l'état normal, au moins pendant les premiers temps de la maladie. Quand celle-ci se prolonge, il reste ordinairement, au cours des intermittences, des traces plus ou moins caractérisées de perturbation cérébrale. L'intelligence est paresseuse, l'attention faible, les sujets deviennent irritables et, en même temps, incapables de résistance, etc. Mais les facultés intellectuelles sombrent rarement dans la démence caractérisée.

Nous étudierons avec plus de détails, à propos de la folie à double forme et de la folie circulaire, les variations de durée et de degré que présentent les accès et les intermittences.

Rappelons que les psychoses intermittentes simples comprennent *deux variétés :* la manie intermittente et la mélancolie intermittente. Quand elles sont composées, pendant toute leur durée, d'accès de même formule, elles constituent le *type pur* ou *régulier*. Ce type ne répond pas à la majorité des cas. Il est habituel d'observer le *type irrégulier*, dans lequel les accès de même formule restent les plus nombreux mais sont remplacés de temps à autre par des accès de formule inverse. Le type intermittent irrégulier établit la transition aux formes alternantes, qu'il nous reste à décrire.

B. — FOLIES ALTERNANTES

Folie circulaire (J.-P. Falret). — *Folie à double forme* (Baillarger). — *Folie à double phase* (Billod). — *Folie à formes alternes* (Delaye). — *Psychose cyclique* (Kirn). — *Psychose circulaire* (Krafft-Ebing).

Description. — Nous avons montré ci-dessus en quoi diffèrent ces deux

formes de psychose périodique, et nous avons admis qu'elles constituent deux modalités d'évolution d'une même maladie. Les symptômes sont en effet les mêmes dans l'une et l'autre forme, et la même description leur est applicable.

« La folie circulaire ou folie à double forme, dit J. Falret (*loc. cit.*), consiste essentiellement dans l'alternance de l'état maniaque et de l'état mélancolique, séparés ou non par un intervalle lucide plus ou moins prolongé. »

a. **Phase mélancolique.**

Comme chez les mélancoliques simples, le degré et l'intensité de la maladie sont très variables chez les circulaires. On observe tous les intermédiaires entre la dépression la plus légère et la stupeur véritable. Cependant, il y a lieu de faire une remarque générale, c'est que l'état mélancolique est surtout constitué chez ces malades par la dépression, physique et morale, tandis que les conceptions délirantes de culpabilité, d'indignité, de ruine y sont peu développées ; souvent même, elles font complètement défaut : « c'est le fond de la maladie sans son relief » (Falret père).

Au point de vue de l'intensité de l'état mélancolique, on peut admettre trois degrés :

Dépression mélancolique. Ce sont de beaucoup les cas les plus nombreux.

Mélancolie délirante ;

Stupeur mélancolique.

Nous nous attacherons surtout à la description de la mélancolie dépressive, qui, ainsi que nous venons de le dire, englobe le plus grand nombre de faits.

Le circulaire, dans sa phase de mélancolie, est déprimé, affaissé ; il a une tendance marquée à l'immobilité et au mutisme ; il manque totalement d'énergie, de volonté, de spontanéité. Livré à lui-même, il reste le plus souvent assis ou couché (manie lectuaire, *Bettsucht* des Allemands). Si on l'oblige à se lever, il reste longtemps debout, à la même place ; puis, il fait quelques pas et retourne à son immobilité accoutumée. Ses mouvements sont rares et lents, il ne manifeste quelque vigueur que pour résister passivement. Il fuit toute société, il se dissimule et se cache. Quand on le questionne, il ne répond pas, ou il ne répond que par monosyllabes et à voix à peine distincte, en regardant son interlocuteur d'un air effaré et craintif. Cette physionomie effarée est très habituelle chez ces malades. Leurs traits sont ordinairement immobilisés dans une expression de tristesse mêlée d'effroi.

L'état des fonctions cérébrales est en rapport avec ces apparences extérieures et les explique. Le travail de la pensée est extrêmement pénible et lent chez ces malades. Tout effort intérieur, même le plus léger, détermine une véritable douleur. De plus, ils ont de leur impuissance un sentiment exagéré qui exerce sur toutes les fonctions volontaires un effet d'inhibition marquée. La préoccupation toujours présente de leur impuissance à agir et la souffrance qui résulte des moindres tentatives ont pour conséquence naturelle l'immobilité et le mutisme dont nous avons parlé.

Outre ce sentiment douloureux d'impuissance physique et mentale, les

malades éprouvent une indifférence universelle, ils ne s'intéressent à rien, qu'à eux-mêmes, ils n'aiment personne, rien ne les émeut en dehors de leurs propres souffrances. Ils se sentent comme étrangers aux parents, aux amis qu'ils aimaient le plus autrefois et dont la présence les importune aujourd'hui. Même dans les degrés de dépression les plus atténués, « tout leur est à charge. Ils ne peuvent plus s'occuper et négligent tous leurs devoirs de famille, ainsi que ceux de leur profession » (J. Falret). Ils négligent également les soins de leur personne, abandonnent toute habitude de propreté, même la plus élémentaire. Ils ne se lavent plus, ils souillent assez souvent leur lit et leurs vêtements de leur urine et même de leurs matières fécales, et c'est un détail qu'il faut connaître pour distinguer ces malades des vrais gâteux. Ils ne s'occupent pas davantage de leur toilette. Si on ne les y oblige pas, ils ne s'habillent pas ou ne s'habillent qu'à moitié.

A la fois par indifférence et par diminution de l'appétit, parfois aussi sous l'influence de craintes d'empoisonnement, les circulaires déprimés mangent mal. Quand la dépression est très accentuée, « ils ne songeraient pas à manger, si les personnes de leur entourage ne les stimulaient pas à chaque instant » (J. Falret). Les stimulations et les encouragements ne sont pas toujours suffisants, et l'on est quelquefois obligé de nourrir ces malades à la sonde œsophagienne.

Dans les cas où des *conceptions délirantes* viennent s'ajouter aux symptômes de dépression, on observe les mêmes idées que dans la mélancolie ordinaire. Mais, en général, les idées de culpabilité et d'auto-accusation sont plus rares chez les circulaires. Ce qui domine, ce sont les idées hypocondriaques, de suicide, de ruine et de damnation. Les idées de persécution et d'empoisonnement sont également assez fréquentes, ainsi que les hallucinations de l'ouïe et de la vue.

C'est surtout dans les premiers accès que l'on observe un profond dégoût de l'existence qui va jusqu'à l'idée du suicide et qui détermine assez souvent des tentatives dans ce sens. Quand la maladie se prolonge, les idées de suicide disparaissent fréquemment ou s'atténuent.

A ces différents symptômes de l'ordre psychique viennent s'adjoindre, pour compléter le tableau de la phase mélancolique dans la folie à double forme, des *symptômes physiques* ordinairement bien marqués. Les malades maigrissent très rapidement et beaucoup. La plupart des fonctions organiques sont troublées et ralenties. Le nombre des pulsations peut tomber jusqu'à 50 et 40 par minute ; Cullerre (*Traité pratique des maladies mentales*) donne le tracé sphygmographique d'un de ces malades qui n'avait plus que 36 pulsations irrégulières. Chez un autre malade, cité par Ritti, le pouls tombait à 25. Le rythme respiratoire est modifié, les mouvements respiratoires sont à la fois moins nombreux et moins amples, coupés de temps à autre par de profonds soupirs. Les digestions sont mauvaises, il y a ordinairement une constipation opiniâtre. Les sécrétions et les excrétions sont diminuées ou taries. La peau est sèche, rugueuse. Les extrémités sont froides, assez souvent enflées et bleuâtres ; Ritti a observé l'asphyxie locale des extrémités.

Les malades accusent fréquemment une sensation douloureuse à l'épigastre, une *anxiété épigastrique* ou *précordiale* très pénible. Ils éprouvent de même des sensations douloureuses à la tête : pesanteur avec sensation de vacuité ou de serrement aux tempes, etc. Enfin, on observe parfois chez eux des *accidents congestifs* légers (vertiges, bouffées de chaleur, embarras momentané de la parole, etc). Mais ces accidents se produisent de préférence à la phase d'excitation.

Quand l'état mélancolique est plus accentué encore, il arrive jusqu'au degré de la *stupeur*. Nous n'avons pas à décrire ici la stupeur mélancolique, assez rare dans les folies à double forme ou circulaire et qui n'y présente rien de bien spécial. Qu'il nous suffise de rappeler que le malade est alors complètement immobile et muet ; la tête et les yeux baissés, le regard fixe, il paraît insensible à toutes les excitations, il refuse les aliments, il souille constamment ses vêtements et son lit, etc.

Avant de terminer ce qui a trait à la phase mélancolique de la folie à double forme, je soulignerai deux particularités qui ont une assez grande importance : 1° Malgré leur humilité apparente, ces malades restent souvent irritables et malveillants envers les personnes qui les entourent, ils ont parfois de violents accès de colère et ils se livrent à des actes nuisibles. Par ces dispositions, qui sont comme un reliquat de tendances très accentuées pendant la période d'excitation, ces malades se distinguent très nettement des mélancoliques simples. — 2° Quel que soit le degré de leur dépression, et même quand ils semblent plongés dans une stupeur complète, leur attention subsiste à quelque degré, leur mémoire est bien conservée, et plus tard ils peuvent rendre compte de tout ce qui s'est passé autour d'eux. « Ces malades, muets et immobiles, dit J. Falret, paraissant plongés dans la stupeur, continuent néanmoins à penser et à réfléchir intérieurement et assistent, bien plus que les autres malades atteints de mélancolie avec stupeur, à tout ce qui se passe au dehors. Ils semblent étrangers au monde extérieur, mais, en réalité, ils voient et ils entendent tout ce qui se dit autour d'eux. Ils y assistent si bien que, plus tard, quand ils arrivent à la période d'excitation, ils peuvent rendre compte, avec beaucoup de détails, de tous les faits dont ils ont été témoins pendant leur état de mutisme et d'immobilité, au grand étonnement de ceux qui les ont observés pendant cette période et qui les croyaient absolument endormis. »

Ce n'est là, cependant, que le résultat de l'activité automatique de l'esprit. Comme le remarque fort justement Ritti, « ces malades perçoivent pour ainsi dire passivement... Les faits ambiants semblent s'imprégner dans leur cerveau, si l'on peut s'exprimer ainsi ; mais celui-ci ne possède plus la faculté de réagir ni par la pensée ni par l'action. Il se trouverait à peu près dans le cas de la plaque sensible du photographe sur laquelle viennent s'imprimer et se fixer les images produites par la lumière. »

b. **Phase maniaque.**

On peut distinguer, dans la phase maniaque des folies circulaire et à

double forme, trois degrés d'intensité, de la même manière que dans la phase mélancolique :

Excitation maniaque ;

Délire maniaque avec agitation ;

Manie suraiguë.

Mais, ici encore, ce que l'on observe le plus ordinairement, « c'est le fond de la maladie sans son relief », c'est la simple *excitation maniaque*, la suractivité de toutes les fonctions psychiques et somatiques, sans délire incohérent et généralisé. « Dans les alternatives de la manie et de la mélancolie, disait Falret père, il n'y a qu'exaltation maniaque simple et non état complet de manie avec délire général. » Cette observation a été confirmée, pour la grande majorité des cas, par Baillarger, par Ritti, par J. Falret et la plupart des auteurs. Nous décrirons donc à peu près exclusivement ici l'excitation maniaque des circulaires, en insistant sur ses caractères particuliers.

Contrairement à ce qui se passe pendant la période mélancolique, les malades « ont un besoin incessant de mouvement et d'activité physique et morale. Ils ne peuvent rester un instant en repos et ne cessent pas de parler et d'agir. S'ils sont en liberté, ils sortent constamment de chez eux, font des visites continuelles, écrivent des lettres, font des invitations à dîner, veulent aller au spectacle, aux soirées, font de la nuit le jour... Ils conçoivent les projets les plus variés, souvent même les plus absurdes et les plus irréalisables... Ils ressemblent beaucoup, sous ce rapport, aux individus qui se trouvent à la première phase de l'ivresse ou dans la période prodromique de la paralysie générale, sans être cependant aussi absurdes dans leurs projets et dans leurs actes que les aliénés atteints de cette dernière forme de maladie mentale » (J. Falret). Comme les paralytiques au début, en effet, ils font des voyages sans but bien déterminé, ils multiplient les achats inutiles, ils changent fréquemment d'idée, etc.

Dans l'ordre intellectuel, ils éprouvent une sorte de bouillonnement des idées, qui se succèdent avec une rapidité telle que l'expression ne peut suivre ; d'où une volubilité excessive, des tournures de langage brusques et abrégées, donnant lieu à une apparente incohérence. Le fonctionnement intellectuel devenu très facile détermine un sentiment de satisfaction très intense, une suffisance que les sujets ne songent pas à dissimuler. Leur élocution est brillante, ils abondent en traits d'esprit, en pointes, en saillies souvent heureuses, mais généralement très caustiques. La mémoire est pareillement surexcitée, les souvenirs se pressent, abondants et précis. Cette hypermnésie atteint parfois un degré des plus remarquables.

Mais, au milieu de cette richesse apparente, et souvent réelle, se montrent certains indices d'un état morbide. Pour peu que l'on observe attentivement, on démêle toujours un désordre des idées plus ou moins grand, des contradictions nombreuses, des lacunes fâcheuses dans le raisonnement, et, en somme, un certain degré d'incohérence générale.

Les *sentiments* présentent des caractères analogues. Ils sont d'une mobi-

lité déconcertante, à la fois très vifs et très instables. Les malades manifestent à l'excès, passant avec la plus extrême facilité d'une joie exubérante à un morne désespoir. Mais tout cela est éphémère, et ils changent de sentiments et d'affections comme ils changent d'idées.

Habituellement, ils sont très gais, ils voient tout en beau, Mais, en même temps, ils sont aussi difficiles pour les autres que satisfaits d'eux-mêmes. Leur humeur est taquine et foncièrement malveillante (Falret, Baillarger, Régis). D'une extrême effronterie, ils se plaisent aux propos caustiques, aux mensonges, à la médisance la plus cruelle. Ils excellent à trouver les mots qui blessent sûrement, les allusions humiliantes. Contre ceux qui leur déplaisent, et ils sont nombreux, ils emploient les calomnies habiles et persistantes. « Ils sont, dit J. Falret, les plus malveillants, les plus taquins, les plus malfaisants de tous les aliénés. Ils inventent à chaque instant les histoires les plus fausses et les plus mensongères et ils les affirment avec un cynisme qui n'a son analogue que chez les femmes hystériques. Ils racontent les histoires les plus invraisemblables avec l'accent de la vérité la plus convaincue ; ils attaquent la réputation, l'honneur et la moralité de tous ceux qui les entourent avec une précision de détails et une persistance maladive qui parviennent souvent à porter la conviction dans l'esprit de ceux qui les écoutent, même alors qu'on les connaît le mieux et que l'expérience du passé devrait tenir en garde contre leur caractère malveillant et contre leurs inventions mensongères. »

Ainsi que l'a montré Baillarger, un autre trait particulier de l'excitation maniaque dans la folie à double forme est fourni par l'étude des *tendances instinctives :* « Le délire est bien plus souvent alors caractérisé par des impulsions instinctives (actes de méchanceté, tendances érotiques, excès alcooliques) que par des conceptions délirantes proprement dites ». Tous leurs instincts sont, en effet, surexcités et débridés, ils ne connaissent plus aucune retenue, ils scandalisent les personnes de leur entourage, et, dans leurs fréquents accès de colère, ils se livrent souvent à des actes de violence dangereux.

En dehors même de ces manifestations dangereuses, les actes de ces malades et leur conduite habituelle trahissent le désordre fondamental de leur esprit. C'est même par leurs actes, bien plus que par l'examen direct des facultés intellectuelles, qu'il est facile de reconnaître leur état de maladie. Leur accoutrement est vraiment caractéristique, ils se couvrent d'oripeaux voyants, d'ornements bizarres. Une malade de Vanves s'affuble d'une robe qu'elle s'est taillée dans des rideaux de mousseline, et elle complète son costume par une extraordinaire coiffure rouge. Une autre tricote pour son usage personnel des bonnets et des mantilles avec un mélange de laine et de brins de varech disposés en cercles concentriques, etc. « Ils ont dans leur manière d'être, dans leur tenue, dit encore J. Falret, dans tout leur maintien, un ensemble de caractères qui les distinguent de tous les autres malades atteints, comme eux, d'un délire maniaque plus ou moins intense. Ils conservent à première vue certaines apparences de la raison, et cependant ils sont en

réalité les plus désordonnés des aliénés. Pendant leur excitation, même la moins intense, ils se singularisent dans chacun de leurs actes... Leurs vêtements sont en désordre, à moitié déchirés, malpropres et bizarrement disposés... Les malades qui se trouvent dans la période d'excitation de la folie circulaire sont peut-être les seuls qui aient su conserver la bizarrerie et la singularité du costume qui caractérisaient autrefois tous les habitants des asiles d'aliénés et qui étaient comme l'enseigne et la manifestation extérieure la plus saillante de la folie... Ils ramassent tous les objets qui leur tombent sous la main, des papiers, des chiffons, des morceaux de bois ; ils en remplissent leurs poches et les tiroirs de leurs appartements, et l'on pourrait dire, sans exagération, qu'il suffirait presque de les fouiller pour arriver, sans aucun autre renseignement antérieur, au diagnostic de leur affection. »

Les *symptômes physiques* que l'on observe dans cette forme d'exaltation maniaque sont, comme ceux de l'ordre mental, tout l'opposé de ce que nous avons vu à propos de la phase de dépression. Les sujets se sentent dans une plénitude de bonne santé, ils sont vigoureux, infatigables. Bien qu'ils dorment très peu, ils engraissent, le teint est clair, le regard vif, et ils sont capables de fournir une somme de travail surprenante. L'appétit est excellent, les fonctions digestives s'accomplissent fort bien, mais il y a une constipation assez marquée.

Cependant, ici, plus souvent que dans la période dépressive, on observe des *accidents cérébraux congestifs*, transitoires et peu intenses. D'après J. Falret qui les a particulièrement signalés, ces accidents, souvent embarrassants pour le diagnostic, consistent principalement en signes extérieurs de congestion céphalique : rougeurs et bouffées de chaleur à la face ; en vertiges, en perte de connaissance de courte durée, légers mouvements convulsifs, embarras momentané de la parole, paralysies partielles incomplètes et de faible durée, hémiplégies passagères, etc., etc. D'après ses observations personnelles, J. Falret admet que ces accidents congestifs se produisent surtout dans les dernières périodes de la maladie et qu'ils peuvent déterminer une mort subite.

En dehors des cas d'excitation maniaque bien caractérisée que nous venons de décrire, il existe un certain nombre de formes dont les unes sont moins accusées, et dont les autres sont, au contraire, beaucoup plus accentuées dans le sens du délire maniaque.

Les *formes atténuées*, compatibles avec l'existence ordinaire, ne nécessitant pas l'internement, sont loin d'être rares. Elles seraient même, suivant J. Falret et Krafft-Ebing, plus fréquentes que les autres. Mais, lorsqu'ils ne passent pas complètement inaperçus, ces cas ne sont connus que dans la clientèle de ville ; ils échappent le plus souvent au médecin d'asile. Dans leur période d'excitation, les malades (ils méritent à peine ce nom) sont expansifs, bavards, toujours en mouvement. Devenus très entreprenants, très optimistes, ils se livrent à de compromettantes excentricités ; ils s'occupent d'affaires auxquelles ils ne songeaient pas d'ordinaire, ils font des visites à tout propos,

ils multiplient leurs relations, ils ont une correspondance hors de proportion avec leurs besoins réels ; ils sont irritables, malveillants et insupportables ; souvent, ils présentent de l'excitation génésique, ils font des excès de boisson, ils commettent des actes d'une délicatesse douteuse, etc.

Leur entourage reconnaît bien à ces signes qu'ils sont dans un état anormal. Et, en effet, si leur activité n'est pas manifestement déraisonnable, elle est toujours désordonnée. Dans leurs discours, ils ne sont pas seulement expansifs et loquaces, ils deviennent indiscrets, impertinents, ironiques à l'excès, et leurs propos présentent généralement un certain décousu. Leur besoin de mouvement est excessif et mal justifié, même par leurs nouvelles affaires. Ils dorment peu ou pas, et ils résistent à des fatigues qu'ils ne pourraient affronter dans leur état normal. Mais enfin, tout cela peut être considéré comme une modification imprévue du caractère. L'état maladif devient incontestable quand apparaît la période dépressive, et surtout quand elle se produit brusquement. C'est alors un véritable changement à vue. Les malades deviennent indifférents, apathiques, ils ne s'occupent de rien et ne s'intéressent à rien. Ils ne sortent plus, ils ne veulent plus voir personne, ils parlent à peine et seulement pour répondre avec effort aux questions qu'on leur adresse. Au lieu de voir tout en beau, comme dans la phase précédente, tout les effraye, ils voient des difficultés et des obstacles partout. Ils sont tristes sans motif, larmoyants, sans énergie et sans courage. Ils se croient malades physiquement, et, de fait, ils mangent mal, ils maigrissent, ils perdent leurs forces. C'est dans ce violent contraste que se révèle surtout la nature morbide de ces changements. Mais, comme les malades évitent toute relation, l'état de maladie peut rester ignoré pendant de longues années. Les sujets passent tout au plus pour excentriques, bizarres, mal équilibrés.

A titre de curiosité, nous reproduisons une observation de *monomanie*, d'Esquirol, qui est un exemple parfait de ces formes circulaires atténuées[1].

Mme de R. reste veuve, après une série de revers. Elle se retire à la campagne. Vers l'âge de cinquante ans, après la cessation de la menstruation, elle passe l'hiver très active, occupée de ses intérêts, *aimant la société*, *recherchant le monde* et *faisant beaucoup d'exercice*. Au printemps et pendant l'été, Mme de R. est calme, plus sédentaire, *paresseuse*, *vivant seule*, *négligeant les soins de sa fortune* et *ne se décidant à rien*. Dans ces deux états, qui se sont renouvelés alternativement pendant plusieurs années, Mme de R. remplissait ses devoirs d'excellente mère, ne manquait à aucune des conventions sociales ; *il fallait vivre dans son intimité pour s'apercevoir de la différence* de sa manière d'être pendant l'hiver et pendant l'été.

Les formes plus accusées, observées dans les asiles, comprennent, ainsi que nous l'avons déjà dit, le *délire maniaque généralisé* et la *manie suraiguë*. Ces formes ne sont pas très fréquentes ; on les observe plutôt à titre d'épisode plus ou moins transitoire au cours d'une folie circulaire avec prédominance d'exaltation maniaque.

[1] Maladies mentales, t. II, p. 23.

Les conceptions délirantes les plus habituelles sont des *idées de grandeur*, quelquefois très développées, et qui, jointes à l'incohérence et aux symptômes physiques dont nous avons déjàparlé (accidents congestifs), peuvent donner lieu à de réelles difficultés de diagnostic. Dans ces cas également, les *idées de persécution* et les *hallucinations de l'ouïe* ne sont pas rares. L'agitation physique et le désordre des actes sont beaucoup plus manifestes que dans la forme précédente ; ils réalisent au complet le tableau de l'accès de manie ordinaire.

Enfin, on peut se trouver en présence d'une véritable *manie suraïgue*, avec agitation excessive, insomnie complète et prolongée, impulsions dangereuses, hallucinations multiples, refus des aliments, crachotements continuels, amaigrissement consécutif et mauvais état physique. En l'absence de renseignements, il est très difficile de distinguer ces cas de ceux où la maladie est indépendante de la double forme.

Ce qui est vraiment caractéristique chez ces malades, et bien plus que les différences de symptômes que nous avons relevées, c'est la *transformation radicale de leur personnalité* qui s'établit d'une période à l'autre. Le contraste est complet, absolu. A chacun des symptômes de la phase précédente s'oppose, en quelque sorte, un état inverse. Le malade déprimé, affaissé, craintif, qui ne parle presque pas, dont les mouvements sont lents et maladroits, qui mange avec répugnance, qui désespère de tout et de lui-même, fait place à un personnage portant haut la tête, plein d'assurance en soi, audacieux, arrogant, qui parle d'abondance sur tous les sujets et souvent avec esprit, qui gesticule et qui est toujours en mouvement, dont l'appétit est vigoureux et les fonctions organiques très actives, qui ne doute de rien, qui va de projets en projets, d'entreprise en entreprise et qui ne connaît pas la fatigue. Si l'on se souvient que cette transformation s'opère parfois en quelques heures, on comprendra toute la vérité de cette formule de J. Falret : « Il y a deux personnes différentes en un seul malade ».

Certains de ces malades ont conscience de cette espèce de substitution de personnes qui s'opère en eux. C'était le cas d'un malade de Vanves, dont l'histoire a été souvent rapportée, le fameux Nabo. Il prenait ce nom (abréviation de Napoléon Bonaparte) dans ses périodes d'excitation, et il annonçait avec arrogance qu'il venait remplacer son frère (le personnage déprimé), et qu'il ne se laisserait pas « embêter comme cette poule mouillée, comme ce capon ».

Tandis que dans les formes franchement intermittentes, chaque accès est précédé et suivi d'une période lucide, dans la double forme et dans la folie circulaire l'intermittence n'existe qu'après un accès conjugué, et elle suit d'ordinaire la phase mélancolique. Il y a bien, entre l'excitation finissante et la dépression imminente, un moment où le malade semble retrouver son équilibre mental : il n'est pas encore déprimé à l'instant précis où l'excitation vient de disparaître. Mais cette situation est purement théorique, l'excitation et la dépression apparentes ne sont pas toute la maladie, elles

n'en constituent que les manifestations extérieures, et l'équilibre peut s'établir entre elles sans que les fonctions mentales soient par cela même revenues à leur état normal. On peut comparer l'état du malade, à ce moment fugitif, avec l'état de l'homme qui se réveille : il a cessé de dormir, il fait quelques mouvements, mais il n'est pas pour cela en pleine possession de ses facultés, il n'est pas dans son état mental normal. C'est à cette situation mentale que Baillarger donne le nom de *fausse intermittence* et J. Falret celui de *faux intervalle lucide,* par opposition au « véritable intermède de raison » qui sépare les accès à double phase.

Cette intermittence véritable doit-elle être considérée comme un retour complet à la raison ou seulement comme une période d'amélioration, pendant laquelle les symptômes s'atténuent sans disparaître complètement ? On comprend toute l'importance de la question, quand il s'agit de rendre un malade à la liberté, et surtout quand il faut se prononcer, en médecine légale, sur sa responsabilité. Les réponses varient avec les différents auteurs. Les auteurs allemands, en général, n'admettent pas la légitimité de cet intervalle lucide. « Il y a, dit Krafft-Ebing, dans les intervalles des phénomènes plus ou moins distincts d'infirmité permanente du système nerveux central, de sorte que les accès... ne représentent que des symptômes saillants et particulièrement marquants d'une maladie permanente ». Il classe la folie périodique dans les dégénérescences psychiques.

D'après Schule, qui range les formes intermittentes parmi les psychoses du *cerveau invalide* (*Traité clinique,* 1888), « l'accès laisse ordinairement quelques traces, telles que : une méfiance exagérée, la conviction que garde le malade d'avoir supporté un préjudice, une irritabilité et une émotivité anormales. Puis, ces traces elles-mêmes disparaissent, et la santé semble parfaite. Mais, à un examen attentif, on remarque qu'il existe une certaine torpeur psychique, peu marquée, il est vrai, et qui se manifeste à propos de tout travail intellectuel ; ou encore, ce sont des raisonnements continuels pour expliquer et justifier les actes accomplis pendant l'accès... Avec l'aggravation, la durée plus longue des paroxysmes, la situation psychique pendant l'intervalle se modifie et présente un caractère pathologique plus marqué à chaque nouvel accès. »

Krœpelin (*Psychiâtrie*) dit également : « Pendant les périodes de rémission on observe certains phénomènes constants. D'une part, une légère dépression de l'énergie psychique, par suite de laquelle le malade devient incapable de fixer son attention d'une façon durable, d'accomplir des travaux intellectuels prolongés et importants et d'enrichir son esprit de nouvelles acquisitions. D'autre part, une résistance moindre dans la sphère des sentiments, qui se traduit par une irritabilité anormale et des accès de colère injustifiés, par la diminution du libre arbitre et l'impossibilité de réprimer des impulsions capricieuses. »

La plupart des auteurs français, au contraire, admettent le retour intégral de la santé pendant les intermittences d'une durée assez longue et au moins dans les premières années de la maladie. Falret père (*Des maladies mentales,*

1864), tout en faisant des réserves sur la fréquence et la durée de l'intervalle lucide, dit que « toutefois, cet intervalle lucide existe... ; dans la folie circulaire à longues périodes, l'intervalle lucide peut avoir une longue durée ».

Baillarger est plus affirmatif : « Les accès de folie à double forme, dit-il, peuvent guérir comme tous les autres accès de folie et les rechutes n'ont lieu quelquefois qu'après plusieurs années de bonne santé ». Et il cite à l'appui de son opinion l'exemple d'une malade qui, en vingt-cinq ans, eut six accès de double forme d'une durée totale de *trois ans :* « d'où il résulte que cette dame a été bien portante pendant vingt-deux ans sur vingt-cinq ».

Mon savant maître, J. Falret, écrit, à propos de l'intervalle lucide (*loc. cit.*) : « Le malade a repris réellement le caractère qu'il avait avant sa maladie. En l'étudiant profondément, au point de vue psychologique, on ne peut parvenir à le trouver ni différent de lui-même à son état normal, ni différent du type habituel de l'humanité... On est bien obligé, malgré les opinions théoriques que l'on peut professer, de reconnaître que ce malade se trouve dans un état d'équilibre de raison aussi parfait que possible. »

Ritti admet, comme Baillarger, la guérison des accès et, par conséquent, le retour à la santé normale pendant l'intermittence (*Traité de la folie à double forme*).

Marcé (*Traité*), Dagonet (*Traité*), pensent qu'il est difficile de formuler une loi générale, en ce qui concerne la légitimité de l'intervalle lucide. Chaque cas exige une appréciation spéciale. Si on ne peut nier la réalité des intervalles lucides, on doit. au moins en médecine légale, ne les admettre complètement que lorsqu'ils ont présenté une certaine durée.

Ball, Régis, tout en faisant de prudentes réserves, acceptent le retour à l'état normal pendant les intermittences prolongées.

Magnan (*Recherches sur les centres nerveux*, 1893) s'exprime ainsi, au sujet des intervalles lucides : « Le fou intermittent, après un premier accès, revient à la santé, sans que rien trahisse au dehors sa disposition maladive... Au début et pendant une longue période de la maladie, l'intelligence est donc intacte (dans l'intervalle des accès). »

G. Ballet (*Traité de médecine de Charcot et Bouchard*) exprime la même opinion.

Ce désaccord entre les auteurs allemands et français peut s'expliquer, ainsi que le fait très justement observer Magnan, « par ce fait que le cadre des folies périodiques, trop agrandi, laisse pénétrer un grand nombre de cas appartenant aux dégénérés ». Or, ces derniers malades, à organisation mentale défectueuse, sont toujours des déséquilibrés, des anormaux, et par définition, ils restent des malades, même en dehors des accès de dépression ou d'excitation plus ou moins accentués qu'ils présentent fréquemment. Ce fait que l'état mental redevient tout à fait correct dans l'intervalle des accès est même un élément de diagnostic très sérieux entre les intermittents et les malades décrits sous le nom de *dégénérés*.

Pour nous, nous n'hésitons pas à nous rallier à l'opinion de la majorité des aliénistes français, et nous admettons que les intervalles lucides qui

durent plusieurs mois et, à plus forte raison, ceux qui se prolongent pendant plusieurs années représentent pratiquement un retour à l'état normal. Au contraire, les intermittences très courtes, de quelques jours ou de quelques semaines, nous semblent correspondre plutôt à de simples améliorations qu'à une phase de raison complète.

Quand la maladie évolue depuis de longues années, l'intelligence a plus de peine à retrouver son équilibre, les traces de l'accès sont de plus en plus persistantes, et elles ne s'effacent plus complètement, même au cours des intermittences d'une longue durée ; celles-ci, d'ailleurs, sont alors devenues beaucoup plus rares.

Marche de la maladie. — *Début.* — Les psychoses périodiques débutent, dans la plupart des cas et quelle que soit leur forme, entre vingt et trente-cinq ans, et sans causes occasionnelles suffisantes pour en expliquer le développement.

Le *début* est *toujours brusque,* sans période prodromique proprement dite, généralement semblable à lui-même dans les accès successifs, et nous rappelons ici l'existence fréquente de ces symptômes qui annoncent de très près et permettent de prévoir l'imminente apparition de l'accès.

On a beaucoup discuté sur la question de savoir si le début a lieu par le stade mélancolique ou par le stade maniaque. En fait, c'est tantôt l'un et tantôt l'autre qui ouvre la marche. Mais, le plus souvent, dans les accès conjugués, le cycle morbide commence par une phase mélancolique (J. Falret). D'après Ludwig Meyer, ce premier accès mélancolique serait plus intense et plus prolongé que les suivants, et il serait suivi d'un intervalle lucide également plus long. Une fois le roulement des accès établi, l'ordre de succession des deux stades ne varie généralement pas.

La folie à double forme et la folie circulaire peuvent débuter d'emblée sous leur forme définitive. Mais on observe aussi un autre mode de début : le premier ou les premiers accès sont uniquement maniaques ou mélancoliques, et ce n'est qu'après un temps plus ou moins long que la double forme ou la circulaire continue arrivent à se constituer. On a objecté (J. Falret, Ritti) que l'attention n'étant pas fixée sur ce point dès les premiers accès, l'une des phases, peu accentuée, pouvait fort bien passer inaperçue. Cette objection est sérieuse, elle est certainement valable pour certains cas, mais il en existe un grand nombre auxquels elle n'est pas applicable. Nous en trouvons des exemples dans nos tracés, et nous y voyons même le passage successif de l'intermittence simple à la double forme, puis à la circularité définitive.

Quelques observateurs ont voulu établir un rapport entre l'apparition des accès et les saisons de l'année : le stade mélancolique se produirait pendant l'hiver et la période d'excitation pendant l'été. Dans certains cas, les choses se passent ainsi, en effet. Mais les exceptions sont tellement nombreuses qu'il est impossible de fixer aucune règle précise à cet égard. Chacune des deux phases se développe indifféremment en été ou en hiver, et il n'est pas du tout rare de voir un accès à double phase complet évoluer au cours d'une saison

unique. Peut-être pourrait-on dire que le retour des accès, après les intervalles lucides, s'opère de préférence au renouvellement des saisons, au printemps surtout et ensuite à l'automne.

Les divers accès de la folie circulaire et de la folie à double forme présentent le plus souvent, dans leur ensemble, comme chez les intermittents en général, une grande uniformité chez le même malade. Cette ressemblance se retrouve encore après de longues années de maladie, où l'on observe la plupart des manifestations délirantes (idées et actes) qui avaient caractérisé les premiers accès. Cependant, de toutes les formes périodiques, la folie circulaire est celle qui déroge le plus souvent à la loi de ressemblance des accès successifs (J. Falret) : les cercles morbides sont variables dans l'un ou l'autre de leurs éléments, nous aurons l'occasion d'y insister plus loin. Mais, si nombreuses que soient les exceptions, cette loi générale n'en subsiste pas moins dans la grande majorité des cas.

Transition d'une phase à l'autre. — Le passage d'une phase à l'autre, dans l'accès à double forme, s'opère suivant trois modes principaux :

Par transition brusque ;

Par transition lente et progressive ;

Par oscillations successives.

Dans les cas de *transition brusque,* le malade passe subitement de l'excitation ou de la dépression caractérisée à l'état inverse, et le changement s'opère alors très souvent pendant le sommeil (Baillarger, J. Falret, Ritti, Magnan). « Le malade, qui s'est endormi la veille dans l'excitation, se réveille, le lendemain dans la dépression » (J. Falret). Ce mode de passage s'observe principalement pour les accès d'une faible durée, de quelques jours à un mois. Il s'observe aussi, dans la folie circulaire à courts accès, entre la phase mélancolique et la phase maniaque.

Quand la transition s'opère d'une façon *lente et progressive,* on voit « peu à peu l'excitation baisser de niveau, pour arriver enfin à un état de calme plat, à une sorte d'équilibre de raison, que l'on peut comparer au repos passager de la mer, entre la marée montante et la marée descendante. Mais ce calme est très imparfait et de bien courte durée. A peine a-t-on vu disparaître les dernières traces de la période d'excitation que l'on voit déjà poindre les premiers linéaments de la période mélancolique qui commence. Au lieu de remuer sans cesse, d'être poussé à parler spontanément, le malade n'agit que lorsqu'il y est forcé par une circonstance quelconque ou par une volonté étrangère ; il ne recherche plus avec avidité la société et les conversations d'autrui ; il commence au contraire à préférer la solitude de l'isolement, à fuir le monde et à se retirer à l'écart. Ce sont là les signes évidents de la période mélancolique commençante, qui s'acccentue bientôt de plus en plus, pour arriver plus ou moins rapidement à son summum d'intensité » (J. Falret). Pour Falret, Ritti et nombre d'autres observateurs, cette transition par degrés insensibles serait la plus habituelle.

Enfin, le passage d'une phase à l'autre peut se faire *par oscillations succes-*

sives. « On observe, dit J. Falret, à plusieurs reprises, des alternatives rapprochées de manie et de mélancolie. Le malade que l'on avait laissé la veille dans un état évident d'excitation, on le retrouve le lendemain tombé dans la dépression. Celle-ci se prolonge pendant quelques jours pour faire place de nouveau à un retour d'excitation, et après plusieurs oscillations de ce genre, d'une durée variable, la période mélancolique finit par s'établir définitivement et d'une manière continue pendant longtemps. »

Ritti pense que ce mode de transition est rare, il dit n'en avoir pas observé d'exemples. Je serais porté, au contraire, avec Magnan, à considérer comme fréquent le passage d'un stade à l'autre par oscillations irrégulières. Il suffit de jeter les yeux sur les tracés ci-dessous pour constater le fait.

Durée des accès et des intermittences. — a. *Accès.* — La durée des accès et des intermittences est extrêmement variable suivant les cas. On a cité des accès dans lesquels chaque phase ne durait qu'un jour. Dans d'autres observations la durée des périodes atteint et dépasse une année entière. Ces cas extrêmes sont rares. Le plus souvent, les périodes de l'accès à double forme durent de un mois à six mois, sans qu'il soit possible de donner une formule générale plus précise.

Non seulement la durée des accès offre les plus grandes variations d'un malade à l'autre, mais encore, observés chez un même sujet, les accès sont très inégaux entre eux, et les périodes d'un même accès ne présentent pas davantage de rapports fixes. Quelquefois, les deux phases mélancolique et maniaque ont une durée à peu près égale. Plus souvent, le stade mélancolique est sensiblement plus long (Falret). Mais, dans un très grand nombre de cas, on ne peut saisir aucune règle appréciable, les deux phases sont diversement inégales dans les accès successifs, c'est tantôt l'une et tantôt l'autre qui offre une durée plus considérable. De même, on peut voir se succéder un certain nombre d'accès de durée à peu près égale, bien que formés de deux phases inégales ; — ou bien, au contraire, un accès long est suivi d'un accès beaucoup plus court, et inversement, etc.

b. Intermittences. — Les mêmes différences existent pour les intermittences des accès à double forme. Ces intermittences se prolongent parfois durant plusieurs années, quatre, cinq ans et plus. Le malade rentre dans la vie ordinaire, il reprend ses occupations antérieures, et rien pendant ce long temps ne fait soupçonner qu'il ait subi une atteinte mentale. Puis, sous l'influence d'une cause quelconque, un nouvel accès apparaît. Dans d'autres cas, les intervalles lucides sont infiniment plus courts, ils ne durent que quelques jours ou quelques semaines. Tous les intermédiaires sont possibles et s'observent en fait entre ces deux termes éloignés. D'après J. Falret, dans les cas types de folie circulaire, la rémission dure plusieurs mois, souvent même une année et plus. Mais il est bien évident qu'ainsi comprise la folie circulaire se confond avec la double forme de Baillarger.

Étudiées chez un même malade, les intermittences qui séparent les accès

successifs ne présentent pas plus de régularité. Il peut arriver qu'elles se reproduisent à intervalles de temps à peu près égaux. La maladie affecte alors le type *périodique vrai*. Mais ces faits sont rares, ils n'existent guère que dans les accès liés à la menstruation ; et surtout la périodicité ne dure que pendant un certain temps.

En effet, à mesure que la maladie se prolonge, les accès deviennent à la fois plus courts (J. Falret), plus irréguliers et plus rapprochés ; les intermittences deviennent aussi de plus en plus courtes et l'état mental pendant les intervalles lucides de moins en moins satisfaisant ; la maladie tend à prendre le type *circulaire continu*. C'est là, en somme, la règle la plus générale que l'on puisse déduire d'une observation prolongée, relativement à l'enchaînement des périodes morbides et des intermittences.

Cependant, la maladie, par sa tendance naturelle, *n'aboutit pas à la démence*. « Sans doute, fait observer J. Falret, ces malades subissent, comme tous les hommes, les effets naturels du progrès de l'âge, qui diminue, dans une certaine mesure, l'activité de toutes les fonctions physiques et intellectuelles... Ils peuvent éprouver, après un grand nombre d'années, un certain degré d'aflaiblissement intellectuel, si on les compare à eux-mêmes, à de très grandes distances ; mais, chose remarquable, ils baissent beaucoup moins intellectuellemement et même physiquement que la plupart des autres hommes et surtout que les autres aliénés arrivés à l'état chronique. On voit dans tous les asiles quelques malades atteints de cette forme d'aliénation mentale, parvenus à l'âge de soixante ou soixante-dix ans, ayant conservé, malgré cet âge avancé et malgré l'ancienneté de la maladie, une activité intellectuelle presque juvénile, bien propre à étonner tous ceux qui en sont témoins. » Deux des malades auxquelles se rapportent les tracés que nous donnons ici sont une preuve péremptoire du bien fondé de cette manière de voir. Ces malades sont respectivement âgées de soixante-quinze et de quatre-vingt-trois ans ; leur maladie dure depuis soixante ans chez l'une, depuis cinquante-quatre chez l'autre, et non seulement elles ne sont pas démentes, mais leur vigueur intellectuelle serait positivement surprenante pour des personnes du même âge, non aliénées.

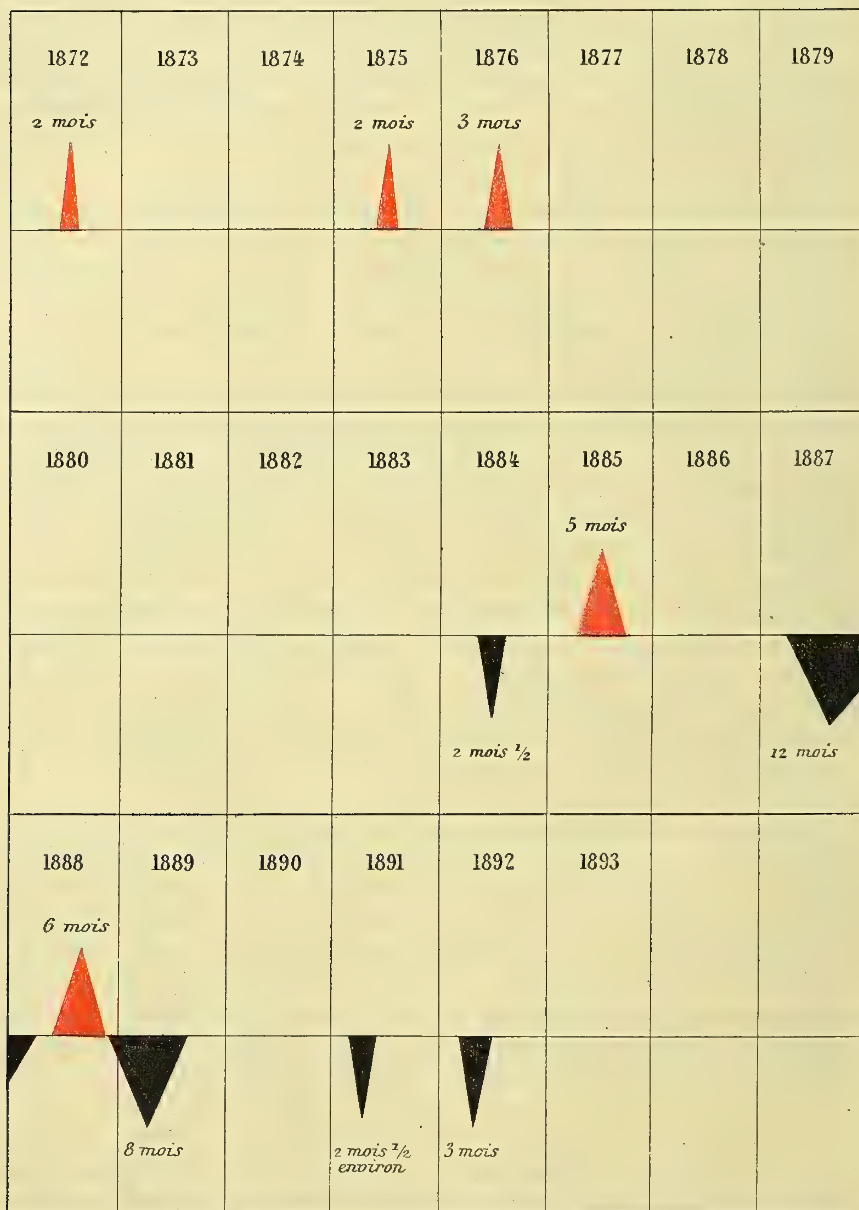
Magnan est moins affirmatif, mais son opinion se rapproche beaucoup de celle de J. Falret, que nous adoptons pour notre part. « Plus tard, dit Magnan, il survient une tendance à la démence : un peu d'affaiblissement de la mémoire, de la lenteur dans les conceptions, moins de rectitude de jugement, moins de netteté et de précision dans les idées ; mais on ne doit pas perdre de vue à ce moment qu'en dehors de l'accumulation des accès, on doit tenir compte des progrès de l'âge, car ce n'est qu'après un grand nombre d'années et conséquemment sur des sujets déjà âgés que l'on commence à remarquer la déchéance intellectuelle » (Magnan, *loc. cit*).

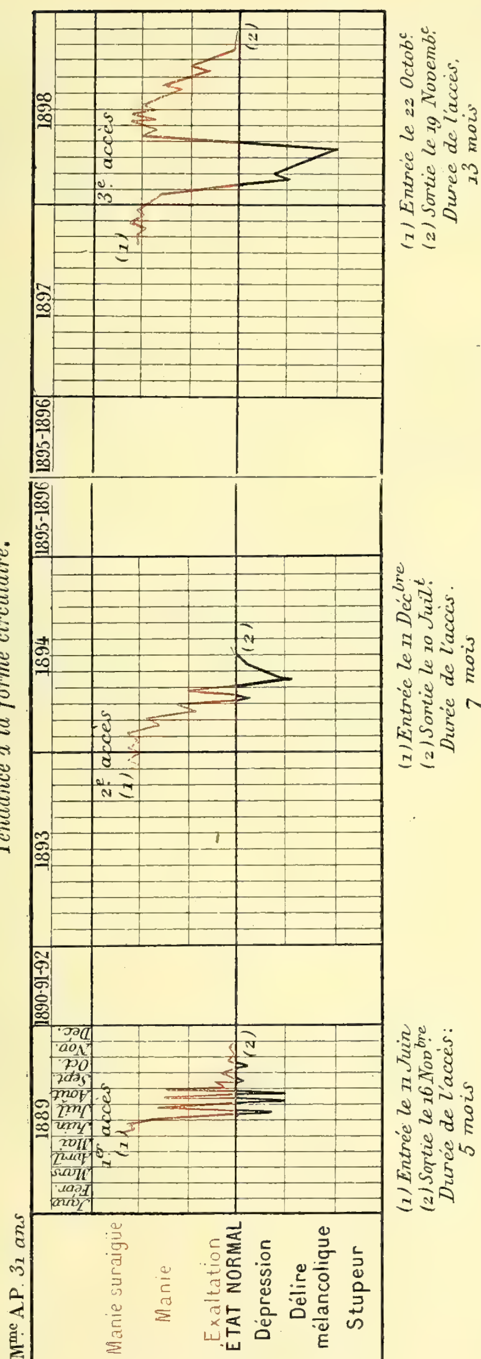
Étiologie. — Les psychoses périodiques mettent en relief, d'une façon toute particulière, l'influence prépondérante de l'*hérédité* sur le développement des maladies mentales. On ne trouve, en effet, le plus souvent, que des causes

TRACÉ 1.

Un cas de folie périodique (*observation empruntée à G. Ballet :* les Psychoses, *in Traité de médecine de Charcot et Bouchard, Paris, Masson).*

(Les triangles rouges représentent les périodes d'excitation maniaque ; les triangles noirs, les dépressions mélancoliques.





TRACÉ 2. — (Observation personnelle.)

Psychose périodique. — *Un premier accès de manie avec très courts moments de dépression. Deux autres accès à double forme. Tendance à la forme circulaire.*

Fig. 48.

absolument banales, parfois même on ne trouve aucune cause appréciable, pour expliquer l'apparition de ces accès multipliés au cours d'une longue existence. A un degré peut-être plus accentué que la plupart des autres formes de folie, les psychoses périodiques ou intermittentes sont donc essentiellement *héréditaires;* depuis Falret père et Morel, tous les auteurs sont unanimes sur ce point.

De plus, l'hérédité est souvent *similaire.* Falret père et J. Falret ont eu l'occasion d'observer trois familles différentes, dans lesquelles ils ont pu constater l'existence de la folie circulaire pendant trois générations, chez la grand'mère, la mère et la fille. Doutrebente a publié (*Annal. Méd. psych.*, 1882) l'observation d'un malade atteint de folie à double forme et dont le père avait présenté « les mêmes particularités morbides ». On trouve des faits semblables dans la thèse de Geoffroy (1861), dans le *Traité* de Ritti. G. Ballet a également

observé une maladle dont les accès périodiques et irrégulièrement alternants avaient existé sous la même forme chez sa mère (*Traité de Médecine, loc. cit.*).

Au point de vue de l'hérédité, Magnan classe les psychoses intermittentes entre son « délire chronique » et ses « délires des dégénérés » : « Moins accusée, dit-il, dans la folie intermittente que chez les dégénérés, l'action héréditaire s'exerce plus fortement que chez les délirants chroniques, et les fous intermittents, au point de vue étiologique, viennent s'intercaler entre les deux groupes » (*loc cit.*).

TRACÉ 3. —

Folie circulaire. — *Début à quarante-trois ans, par manie intermittente ; trois acc continue. — Après vingt*

Mlle S. née en 1836.

1879 1883 1891 1892
Janv. Févr. Mars Avril Mai Juin Juill. Août Sept. Oct. Nov. Déc.
Manie suraiguë
Manie
Exaltation
ÉTAT NORMAL
Dépression
Délire mélancolique
Stupeur
14 Sept. 14 Oct. 20 Mai 27 Juin 9 Août 24 Oct. 6 Fév. 27 Juin 8 Août
+ Quelques idées mélancoliques et de persécution.

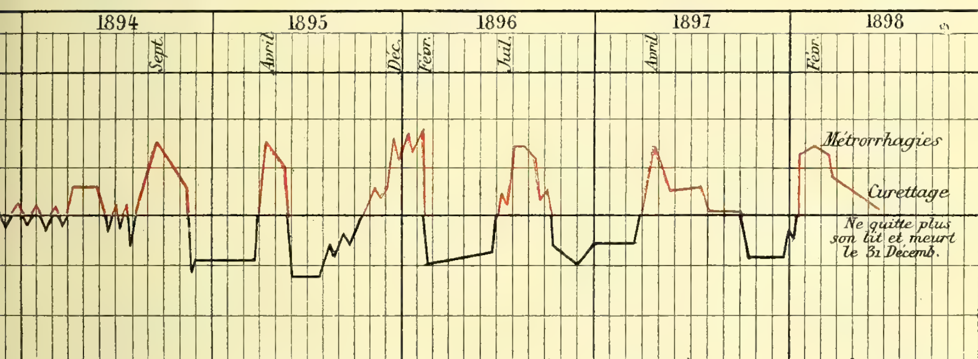
Si on néglige toute considération théorique pour s'en tenir à la seule observation des faits, on voit que rien ne légitime ce classement : l'hérédité est de règle dans les psychoses intermittentes, et l'on n'a pas invoqué, en dehors d'elle, une seule influence capable de faire comprendre la succession de si nombreux accès, à physionomie toujours la même. Au contraire, on admet généralement, et Magnan tout le premier, que la « dégénérescence » peut être héréditaire ou *acquise*, sous l'influence de perturbations intra-utérines ou de maladies de l'enfance. G. Ballet, qui a insisté sur ce point, ajoute : « la proposition de Magnan devrait donc être plutôt renversée. Au reste, les faits mêmes rapportés par cet auteur ne nous semblent pas militer en faveur de sa manière de voir. Il cite, entre autres, parmi les intermittents dont il a rapporté l'observation, une femme, fille, mère et sœur d'aliénés ; une autre, fille de mère apoplectique, de père ivrogne et exalté, et sœur d'une maniaque chronique : chez un grand nombre de dégénérés on trouve moins que cela. Ce qu'il faut dire, à notre avis, c'est que l'hérédité, forte ou faible, au lieu

d'aboutir à un état de déséquilibration permanente, dû à un développement défectueux du système nerveux, crée simplement une prédisposition latente qui chez l'intermittent se traduit par des accès de folie plus ou moins éloignés les uns des autres. Ce qui est moins accusé dans ces cas, ce n'est pas à proprement parler l'hérédité, ce sont ses conséquences ». (Ballet, *loc. cit.*).

Les psychoses intermittentes apparaissent le plus souvent à l'âge adulte, de vingt à trente-cinq ans. Parfois cependant elles ne se développent qu'à un âge

rsonnelle.)

séparés par des intervalles de quatre ans, de huit ans et de trois mois, précèdent la double forme aucune trace de démence.



Ed. Oberlin, Gr.

Après 20 ans de maladie, aucune trace de démence.

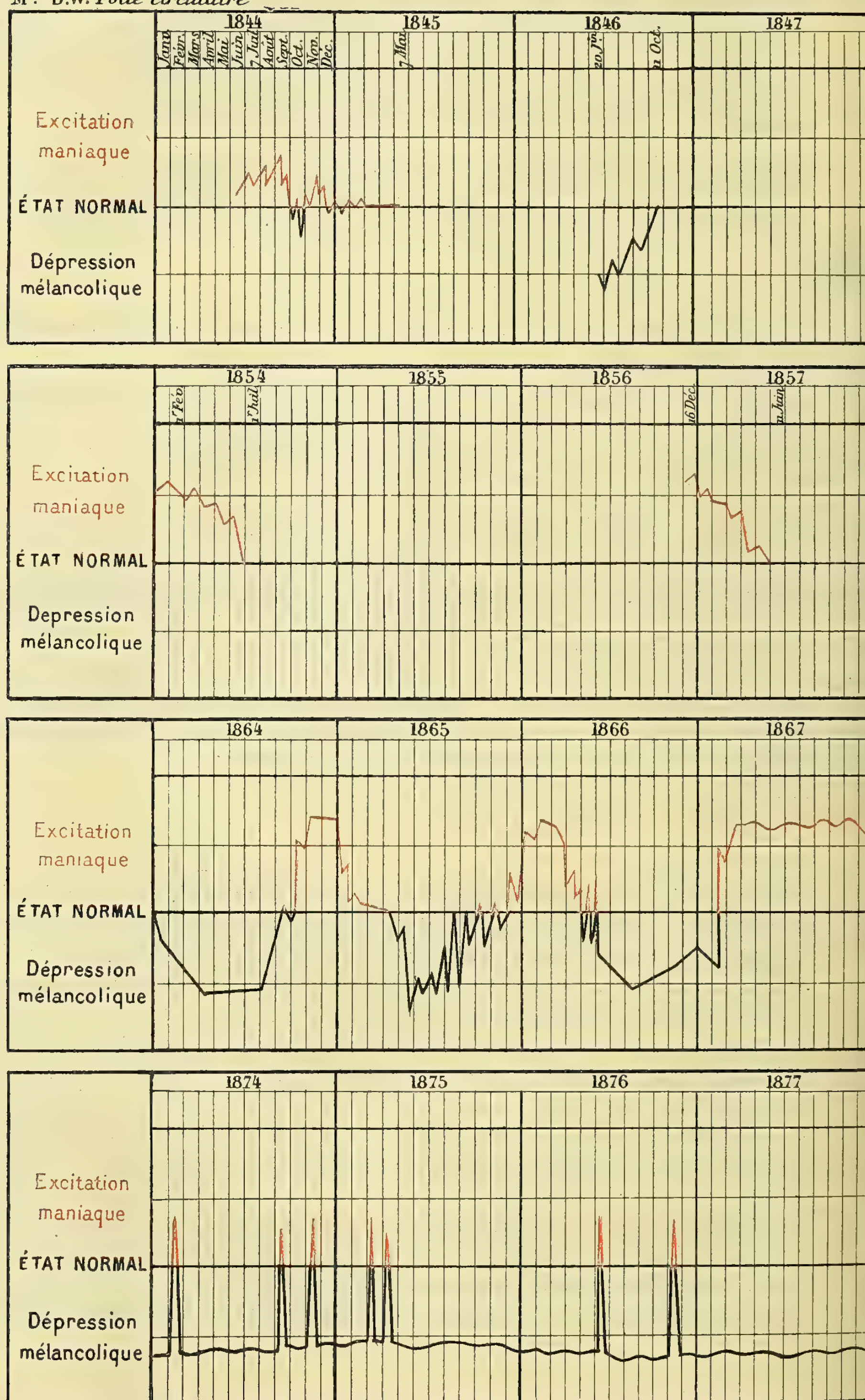
plus avancé, vers quarante-cinq ans ou même plus tard. Dans ces derniers cas, à l'action prédisposante de l'hérédité s'ajoute celle de causes occasionnelles appréciables : traumatismes craniens, état puerpéral, infections diverses, choc moral intense, etc. Mais répétons que, même dans ces cas, les causes occasionnelles n'ont qu'une influence très secondaire.

Tous les auteurs ont constaté que les accès à double forme et la folie circulaire sont beaucoup plus fréquentes chez la *femme* que chez l'homme.

Diagnostic. — La première question à résoudre ici est celle de savoir si les accès de manie ou de mélancolie des psychoses intermittentes se distinguent, au point de vue des symptômes, de la manie ou de la mélancolie simples. On est obligé de répondre, d'une manière générale, que les caractères vraiment distinctifs, s'ils existent, sont encore bien mal connus. Le plus souvent, on ne pourra établir le diagnostic d'un accès intermittent simple ou de l'une des phases d'un accès à double forme que par des considérations étran-

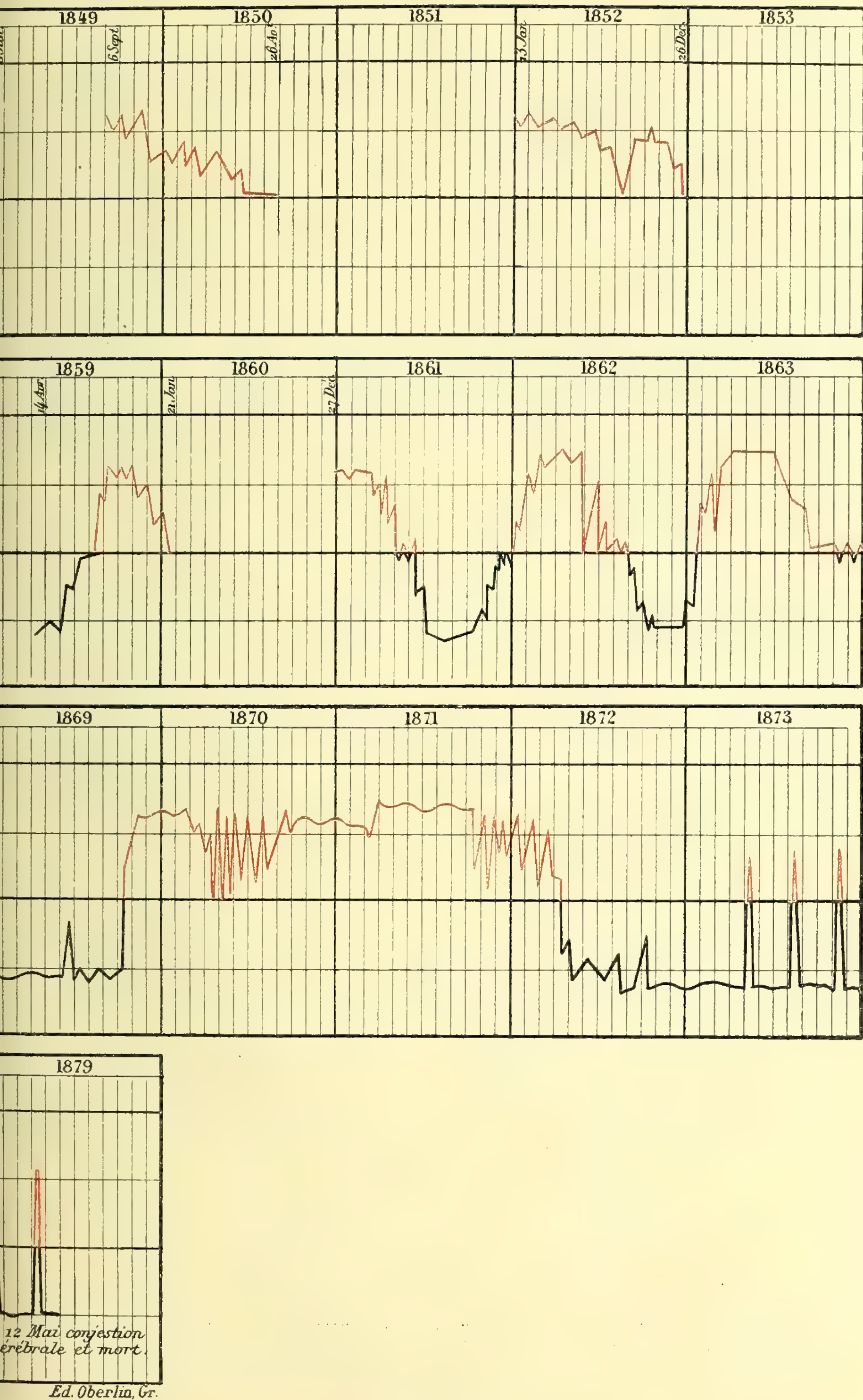
TRACÉ

FOLIE CIRCULAIRE. — *Début à quarante-c*



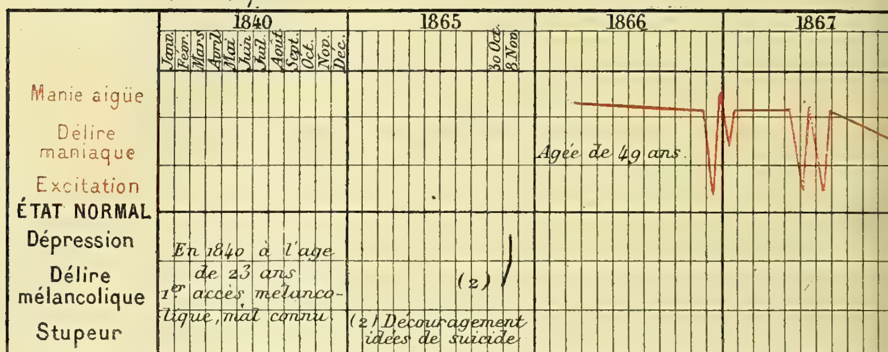
ersonnelle.)

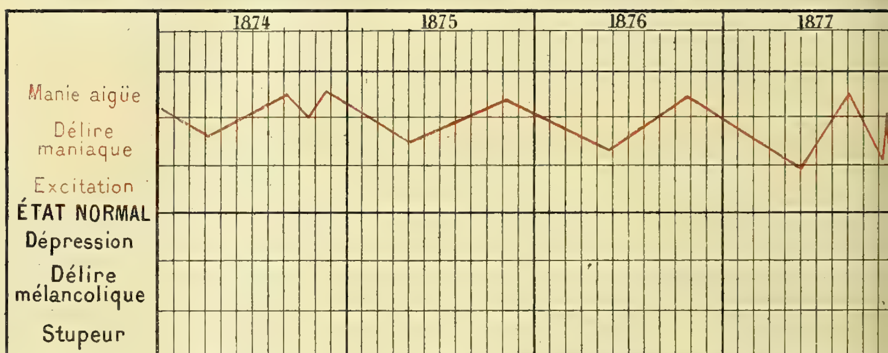
rme intermittente. — Durée trente-cinq ans.

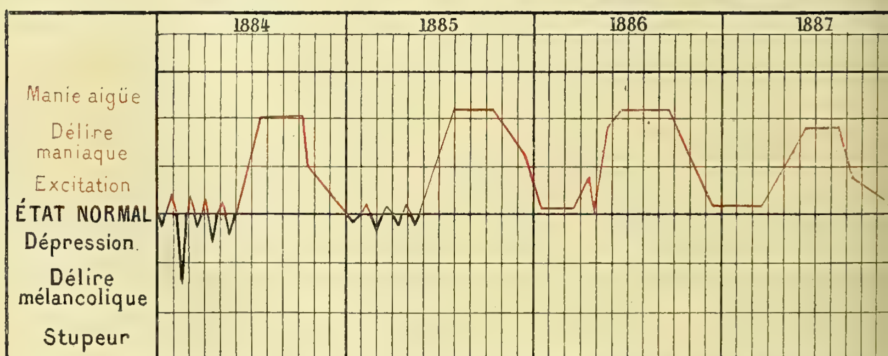


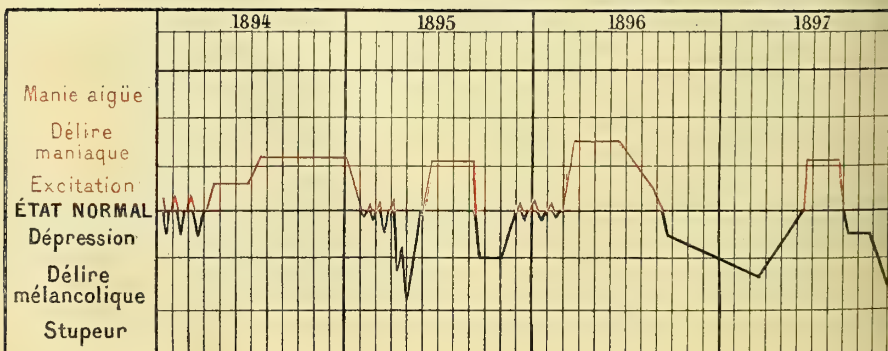
Folie circulaire, *ayant débuté par un accès mélancolique ; période incertaine trois mois, puis, brusquement, agitation maniaque violente, ininterrompue pendant d trace de démence.*

S.D.R. *Femme née en 1817*



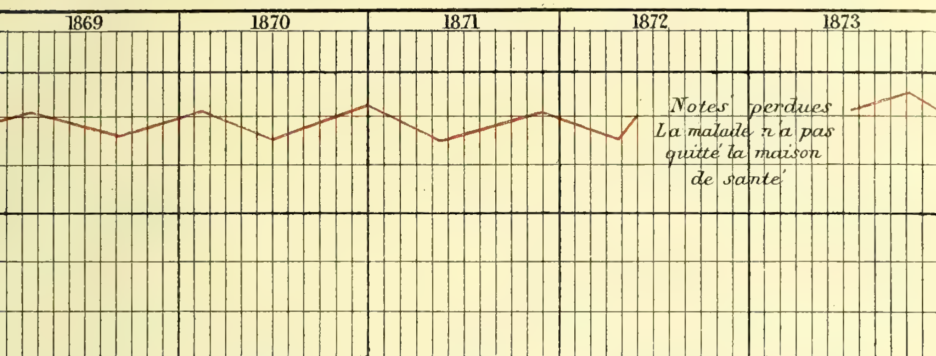


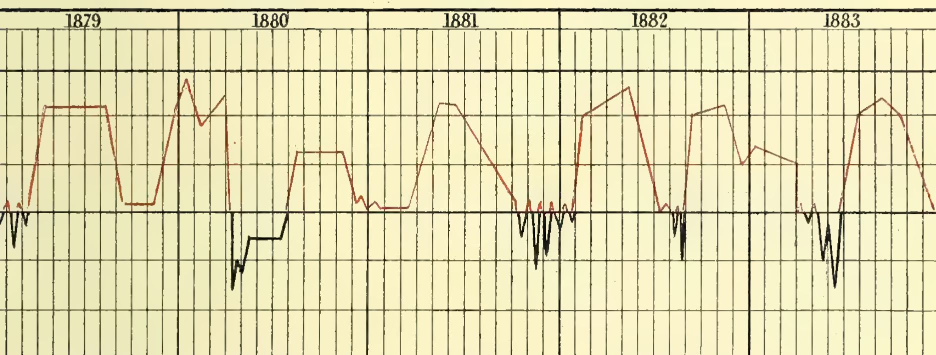


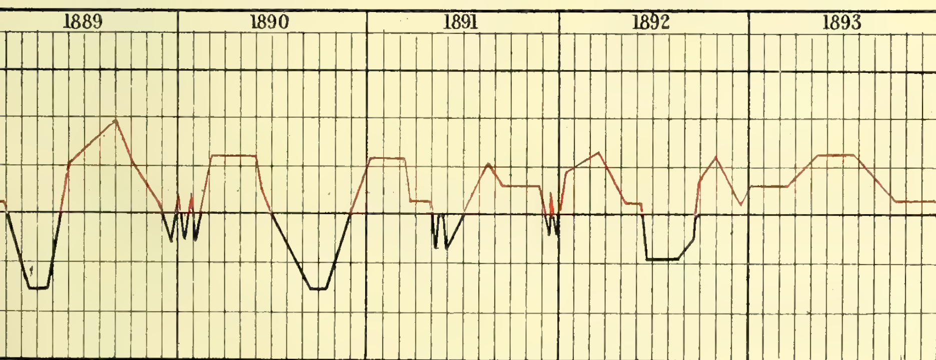


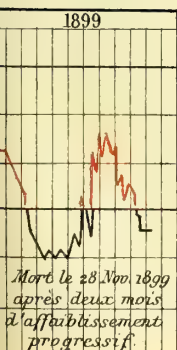
nelle.)

de vingt-cinq ans. Deuxième accès mélancolique bien constaté ; guérison apparente pendant interruption, alternances d'excitation et de dépression. — Après soixante ans de maladie, aucune



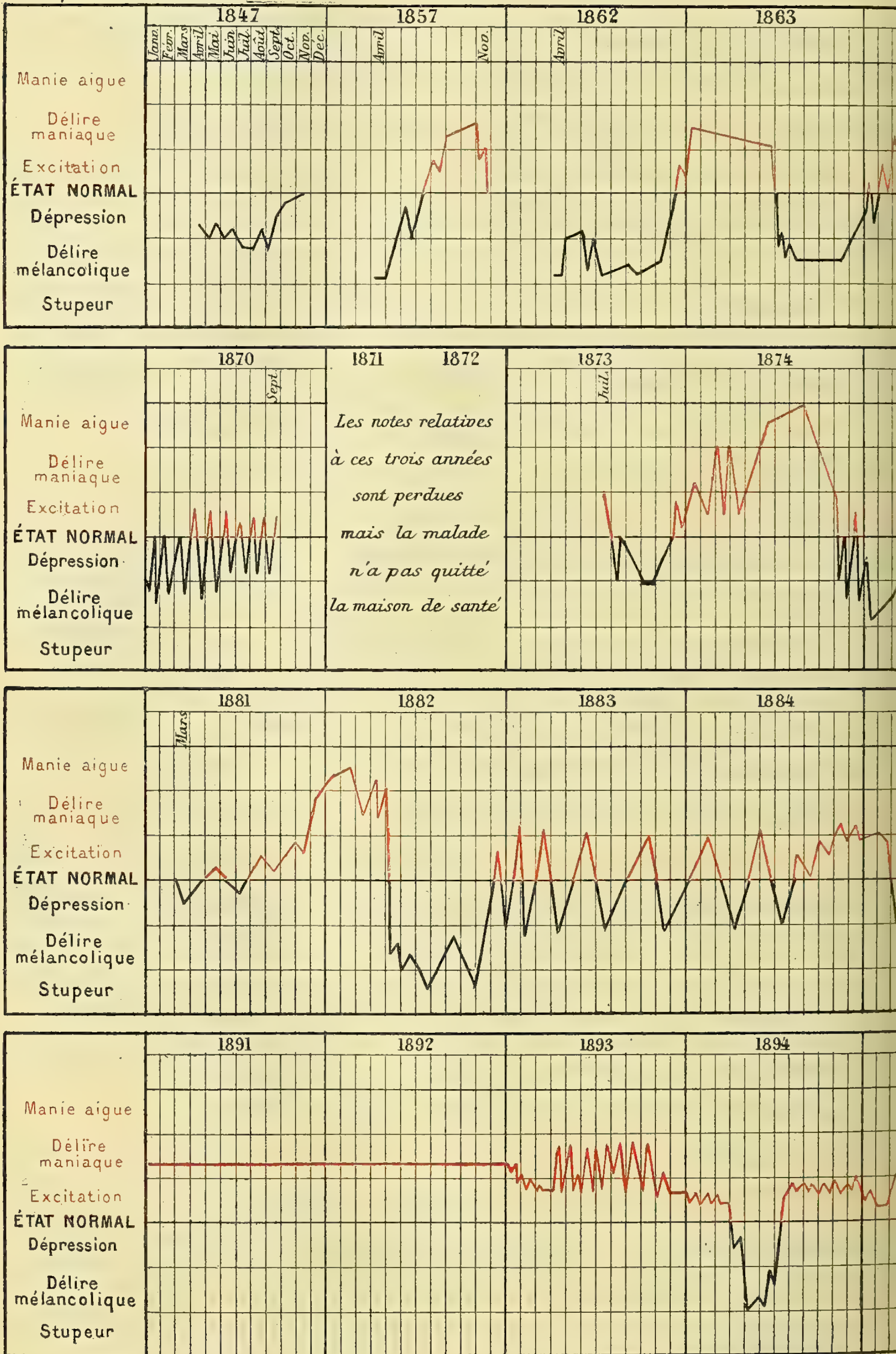






FOLIE CIRCULAIRE *ayant débuté à vingt et un ans, par un accès mélancolique. Période inte... laquelle la maladie prend la forme circulaire conti...*

M.B. *femme née en 1826.*

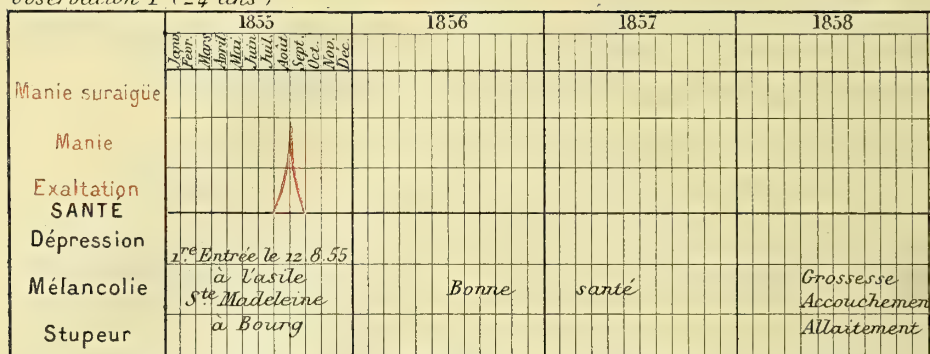


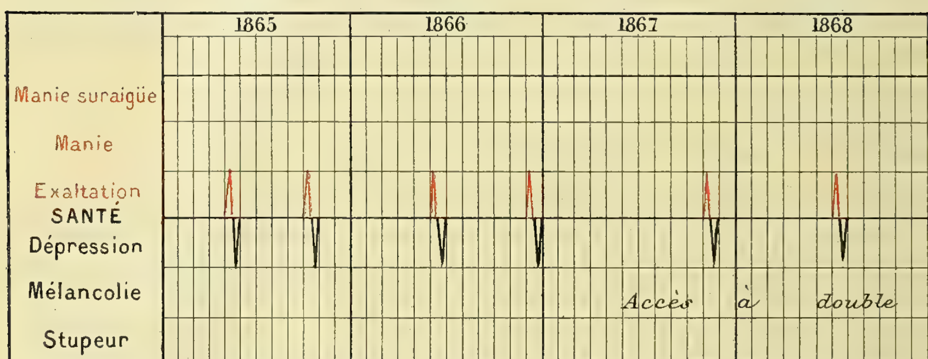
nnelle).

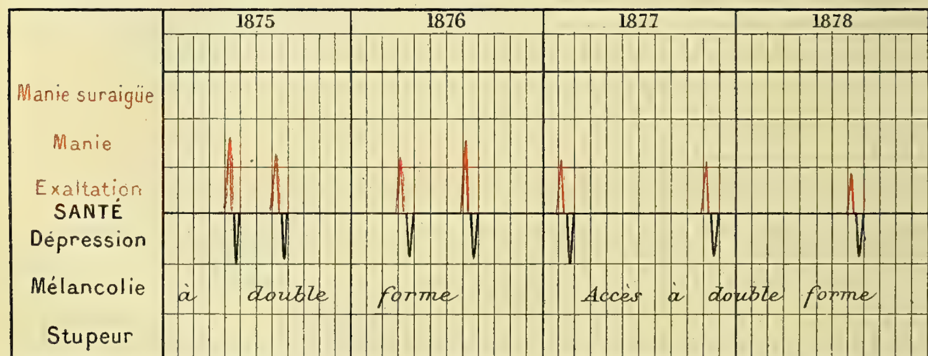
Deuxième accès à double forme, guérison ; période intercalaire de cinq ans, après
atre ans de maladie, aucune trace de démence.

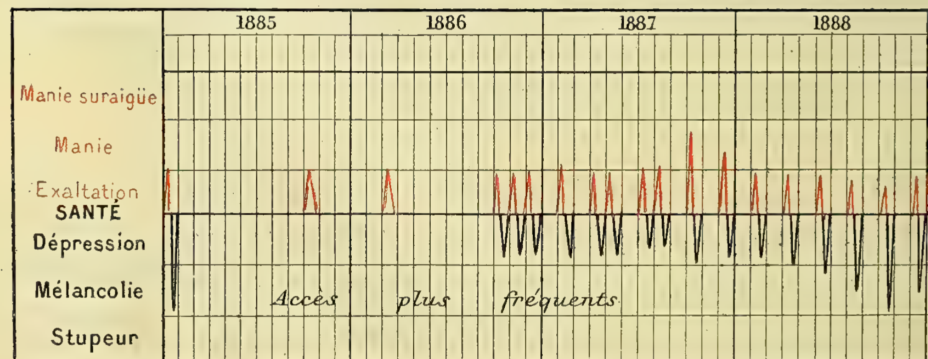


Observation 1 (24 ans) *Diagramme de la*







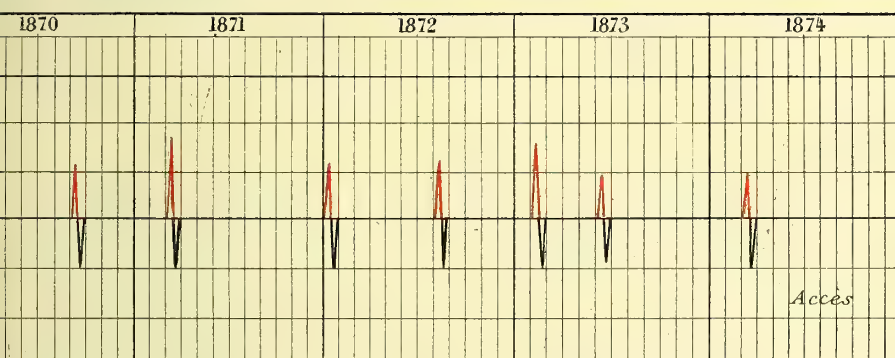


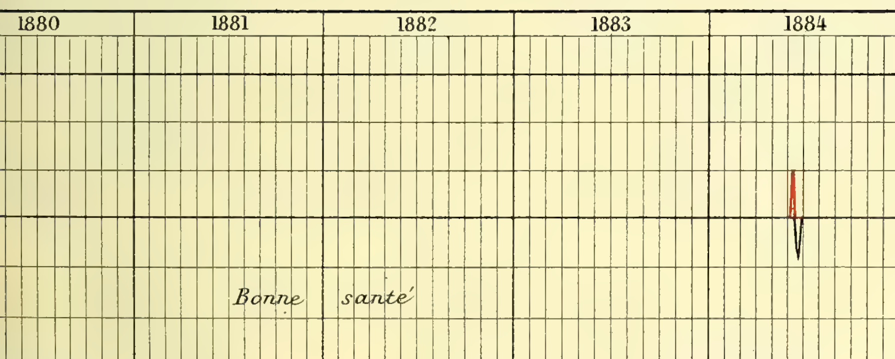
...nté à M. Magnan.

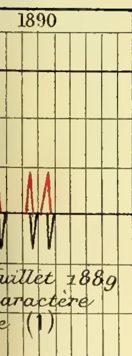
1860	1861	1862	1863	1864

...ident

3. Accouchement et accès maniaques au 9e mois de l'allaitement.







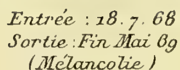
Ed. Oberlin, Gr.

(1) 1° Phase maniaque de 3 à 5 jours
(Se couche excitée, se lève triste, déprimée)
Activité, besoin de mouvement, endosse un même vieux peignoir, frotte, essuie les murs et les meubles, lave son linge, etc

2° Phase mélancolique de 8 à 10 jours.
Immobilité interrompue de temps à autre par des frayeurs, démonopathie, hallucinations, résiste et lutte contre des excitations génitales

Observation 2 (33 ans)

	1868	1869	1870	1871
	Janv. Févr. Mars Avril Mai Juin Juill. Août Sept. Oct. Nov. Déc.			
Manie suraigüe				
Manie				
Exaltation				
SANTÉ				
Dépression				
Mélancolie				
Stupeur				


Entrée : 18. 7. 68
Sortie : Fin Mai 69
(Mélancolie)

Bonne santé

Entrée : 23.
Sortie : Comm
de Septem
Invasion et décl
(Mani

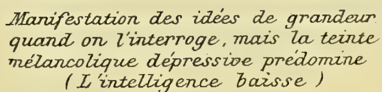
	1878	1879	1880	1881
Manie suraigüe				
Manie				
Exaltation				
SANTÉ				
Dépression				
Mélancolie				
Stupeur				


vernal)

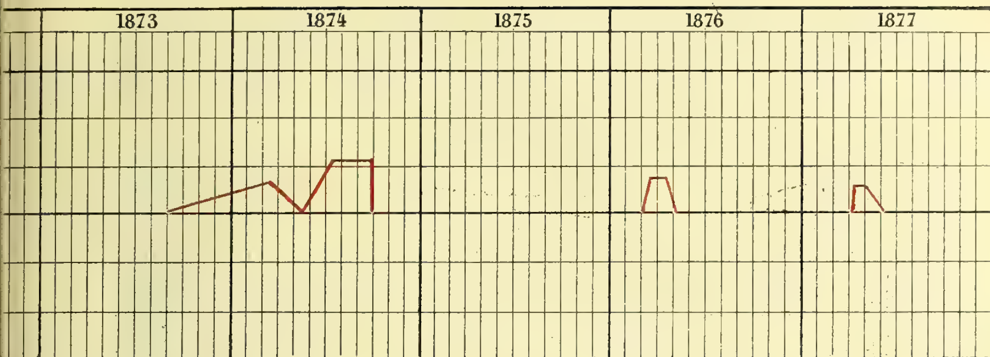
Entrée : 6. 2. 80
Sortie : Fin Sept.
(Manie intermittente)

Bonne san

	1888	1889
Manie suraigüe		
Manie		
Exaltation		
SANTÉ		
Dépression		
Mélancolie		
Stupeur		


Manifestation des idées de grandeur quand on l'interroge, mais la teinte mélancolique dépressive prédomine (L'intelligence baisse)

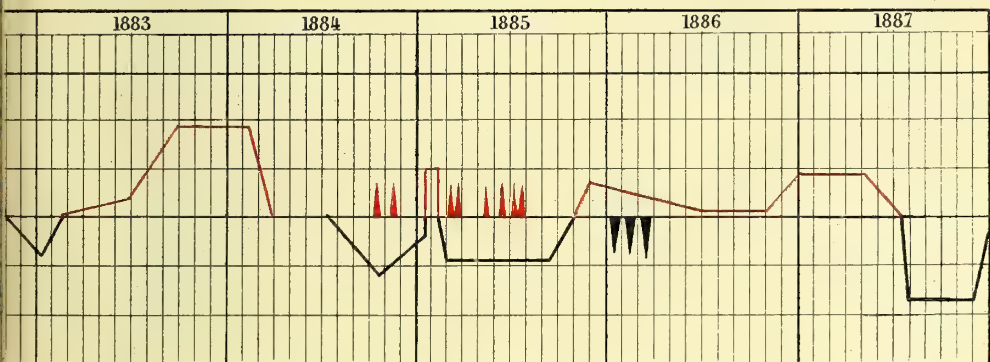
mprunté à M. Magnan.



Bonne santé

Entrée : 3. 6. 74.
Sortie : Octob. 74
(Manie intermittente)

(Folie périodique Accès



Entrée : 23. 6. 83
Sortie : 2. 3. 84
(Folie à double forme)

Entrée : 31. 7. 84

Bouffées ambitieuses pendant l'accès mé-lancolique.

Bouffées mélanco-liques pendant l'accès maniaque.

Transférée à Ville-Evrard le 25. 2. 87 en Mars idées de grandeur.

(Folie circulaire)

gères à la symptomatologie, telles que la date d'apparition et le mode de développement de l'accès, sa reproduction, l'alternance des périodes, etc. Ce qui revient à dire que l'examen direct du malade, à lui seul, ne peut guère donner que des présomptions et que la connaissance de l'évolution de la maladie est indispensable pour arriver à un diagnostic exact.

I. — Relevons, cependant, les particularités qui, dans l'étude des symptômes, peuvent mettre sur la bonne voie. On les observe principalement dans la double forme et dans la folie circulaire.

La *phase mélancolique* présente des troubles de nutrition intenses, beaucoup moins marqués ordinairement dans les mélancolies simples; c'est à ce point que Ludwig Meyer considérait les doubles formes comme des *trophonévroses*. — D'autre part, les mélancoliques circulaires sont fréquemment, ainsi que nous l'avons dit, irritables et malveillants; ces dispositions ne se retrouvent pas chez le mélancolique simple, ou elles y sont exceptionnelles. Enfin, la dépression mélancolique simple, sans délire, sans auto-accusation, n'est pas commune en dehors des accès périodiques, dans lesquels, au contraire, elle est presque de règle.

Dans la *phase maniaque,* si elle s'accompagne de conceptions délirantes avec agitation plus ou moins violente, on pourra penser à un accès périodique plutôt qu'à un accès de manie simple, d'après les signes suivants : délire peu ou pas incohérent, à *caractère raisonnant* très prononcé, associé à un délire des actes souvent impulsif et généralement immoral (Falret, Baillarger, Krafft-Ebing); humeur rarement gaie, et, au contraire, presque toujours irritable et malveillante ; fréquence des idées de grandeur ; marche plus uniforme de l'accès, qui présente rarement ces courtes rémissions, ces variations très considérables dans l'intensité des symptômes, habituelles dans la manie vraie; l'apparition de ces accidents congestifs que nous avons signalés a une extrême importance; enfin la chute brusque de l'agitation et une faible durée du stade d'épuisement post-maniaque sont également de nature à faire soupçonner un accès de manie périodique. Mais il faut reconnaître que ces nuances n'ont qu'une valeur relative.

Quand la période d'excitation ne dépasse pas le degré de l'*exaltation maniaque,* l'étude des symptômes offre pour le diagnostic une importance beaucoup plus grande. Cette forme n'est pas fréquente, en dehors de la folie périodique, et elle doit toujours y faire songer. Un élément de diagnostic signalé par J. Falret a ici une valeur réelle : c'est l'habitude qu'ont ces malades de ramasser une foule d'objets inutiles, malpropres, et d'en garnir leurs poches. D'après cet excellent observateur, « il suffirait presque de fouiller les malades pour arriver, sans aucun renseignement antérieur, au diagnostic de leur affection ». Leurs tendances malveillantes, leur méchanceté sont également loin de se rencontrer au même degré chez les maniaques ordinaires.

2. — Des éléments plus importants pour le diagnostic entre les psychoses périodiques et les vésanies simples, seront fournis par d'autres considérations.

L'*âge* du sujet (20 à 35 ans) au moment du premier accès permet d'éliminer la « dégénérescence mentale », car, chez un dégénéré, l'accès maniaque ou mélancolique aurait été précédé nécessairement de quelques-unes des diverses manifestations propres à ces sujets.

La façon dont *se développe l'accès* donne d'autres indications, également précieuses. L'accès de manie ou de mélancolie simple est toujours annoncé par une *période prodromique* d'une durée appréciable et caractérisée par de l'inquiétude, de l'inappétence, de l'insomnie, de la tristesse. Il est, en outre, préparé par des causes déterminantes connues (émotions fortes et prolongées, excès, surmenage de tout genre, infection ou intoxication). Nous savons, au contraire, que ces deux conditions manquent dans les accès des intermittents : ces accès ne sont presque jamais en rapport avec une cause saisissable, et ils se développent brusquement, sans période prodromique.

Chez les *délirants systématiques*, on peut rencontrer des périodes d'excitation ou de dépression assez marquées. Mais ces accidents sont toujours sous la dépendance du délire et des hallucinations, et l'état délirant qui les précède et les accompagne permet de résoudre facilement la difficulté.

Chez les *hystériques* et les *épileptiques*, on observe aussi le retour plus ou moins périodique d'accès d'excitation ou de dépression. Dans l'épilepsie larvée surtout le diagnostic pourra présenter de grosses difficultés : « Les faits de ce genre que j'ai recueillis, dit Morel, sont maintenant si nombreux et les caractères de cette folie périodique tellement tranchés, que je ne puis que classer les malades qui nous les présentent dans la variété des aliénés épileptiques. Il n'est pas nécessaire pour moi que les accès (d'épilepsie) soient confirmés ». Si les stigmates révélateurs de l'une ou l'autre névrose faisaient défaut, l'évolution seule pourrait assurer le diagnostic.

Il importe également de prévoir si un accès qui finit va se terminer par la guérison ou par le passage à un autre accès de même formule ou de formule différente. L'erreur a été souvent commise, et la plupart des auteurs ont rapporté des faits dans lesquels, au lieu de la guérison annoncée, on a vu la maladie reprendre son cours, On a donné quelques signes qui, s'ils étaient confirmés, seraient d'un grand secours en pareil cas. Morel a vu « le trouble périodique des facultés coïncider avec le retour d'un asthme, d'une maladie du cœur, avec la cessation d'un exutoire naturel ou artificiel, avec un dérangement spécial des voies digestives, l'invasion d'une maladie accidentelle, etc. ». Marcé note « des digestions difficiles, de l'embarras gastrique, de la diarrhée, signalant quelquefois le passage d'une période à l'autre ». Baillarger a observé de l'herpès labial dans les mêmes conditions. Un malade de Ritti « présente dans les derniers jours de la période de dépression une véritable boulimie... considérée par son entourage comme le signe précurseur de l'excitation ».

3. — Un diagnostic différentiel parfois très difficile est celui de la *paralysie générale au début* et d'un accès intermittent à forme expansive. On peut obser-

ver dans l'un et l'autre cas des idées de grandeur, des actes absurdes, des projets et des achats ridicules. Il n'est pas absolument rare, non plus, de voir survenir, chez les intermittents excités, des ictus cérébraux passagers, de l'embarras de la parole, de l'inégalité pupillaire, tout comme chez les paralytiques. On conçoit les difficultés que crée une pareille situation et toute l'importance du diagnostic au triple point de vue du traitement, du pronostic et des mesures légales à prendre envers le malade. Baillarger, J. Falret, Doutrebente, Régis ont rapporté, ainsi que beaucoup d'autres auteurs, des faits de ce genre. J'ai étudié ailleurs[1] les éléments de ce diagnostic. L'*humeur* du paralytique est plus changeante, ses projets et ses entreprises sont plus mobiles ; il a des accès de colère ridicules, inattendus, pour des motifs insignifiants, et, l'instant d'après, il redevient gai sans plus de raison. Il ne s'étonne de rien, il trouve toutes naturelles les choses les plus invraisemblables, les plus contraires à ses habitudes antérieures... Il manque totalement de suite dans les idées, de persévérance dans les actes, et il se laisse facilement conduire. L'excité maniaque est beaucoup moins inégal, sa personnalité est infiniment plus stable, plus semblable à elle-même, et aussi plus rétive. *Dans l'ordre intellectuel,* on découvre chez les paralytiques au début quelques absences momentanées de mémoire ou d'intelligence, de véritables lacunes dans leurs conceptions, en un mot, *des traces de démence commençante* (Falret). Ce cachet démentiel n'appartient pas à l'exaltation maniaque vésanique. Un autre caractère sur lequel Régis a insisté après J. Falret, est tiré des dispositions morales des malades : tandis que le paralytique est *doux*, *bienveillant et généreux,* au moins à la surface, l'excité maniaque est agressif, menteur, égoiste et méchant. Christian et beaucoup d'autres avec lui ont contesté la bienveillance des paralytiques généraux. On n'a pas eu de peine à citer de nombreux exemples de brutalité, d'égoïsme et de méchanceté chez ces malades. Il n'en reste pas moins vrai que si le paralytique général est parfaitement capable de malveillance et d'égoïsme, il n'a pas, comme l'excité maniaque, le *goût* du mal, la *persévérance* dans la méchanceté et l'*habileté consommée* à nuire à son entourage. Il y a là un signe qui peut avoir sa valeur.

D'utiles indications seront fournies encore par l'étude *des actes.* Chez le paralytique général, ils sont caractérisés par leur absurdité, leur inutilité manifeste, l'absence de toute espèce de motif ; souvent délictueux, ils peuvent être en même temps *préjudiciables à leur auteur,* ce qui n'est pas le cas chez les circulaires excités.

Les difficultés sont d'autant plus grandes, dans les faits en question, que l'évolution elle-même peut devenir une cause d'erreur. Il existe, en effet, des paralysies à forme circulaire plus ou moins régulière. Chacune des phases présente des symptômes de paralysie générale, mais elles peuvent être séparées l'une de l'autre par une rémission assez marquée. Si l'attention n'était

[1] F. L. Arnaud. *Diagnostic de la paralysie générale,* rapport au Congrès de Toulouse, 1897.

pas éveillée sur ce point, on pourrait, dans un cas semblable, croire à une double forme un peu anormale et méconnaître la paralysie progressive. En pareil cas, dit A. Foville[1], « ce n'est que lorsqu'on sait pertinemment qu'il y a déjà eu *succession répétée* de périodes maniaques et de périodes mélancoliques alternantes, que l'on peut mettre de côté toute hésitation sur l'existence de la folie à double forme ».

Dans tous les autres cas que nous avons envisagés, vésanies simples, accès liés à la dégénérescence mentale ou aux délires systématisés, il va de soi que l'*évolution*, soit antérieure et révélée par les anamnestiques, soit ultérieure et suivie directement, viendra également lever tous les doutes que pourraient laisser subsister les autres éléments de diagnostic.

Enfin, le diagnostic rencontre des difficultés d'un tout autre genre dans les cas très atténués de double forme ou de folie circulaire. Il ne s'agit plus ici de distinguer une forme mentale d'une forme qui lui ressemble plus ou moins, il s'agit de voir que l'on est en présence d'un état morbide et non d'une simple modification du caractère. La seule observation de l'une des deux périodes ne suffira évidemment pas, d'ordinaire. Mais la transformation complète de la personnalité, sur laquelle nous avons insisté plus haut, est si caractéristique, si évidente, même dans ces formes atténuées, qu'elle a par elle-même une signification pathologique et qu'elle entraîne le diagnostic par sa seule constatation.

Pronostic. — Le pronostic des folies périodiques doit être considéré au double point de vue des accès et de la maladie dans son ensemble.

Les accès intermittents, simples ou à double forme, sont très curables, surtout lorsqu'ils sont séparés par un long intervalle lucide. Mais leur durée est très variable. A ce point de vue, nous n'aurions qu'à répéter ce que nous avons déjà dit à propos de l'évolution. Cependant, la curabilité des accès n'est pas toujours indéfinie, et il ne faut jamais perdre de vue l'éventualité du passage de la forme intermittente à la forme circulaire continue, ou même celle de l'immobilisation dans un état de manie ou de mélancolie chroniques. Cette transformation est principalement à redouter quand les intervalles lucides diminuent successivement et progressivement de longueur.

Quant à la maladie elle-même, ce que nous avons dit de son évolution montre qu'elle est, en réalité, incurable, comme le soutenait Falret père. On a souvent comparé la folie intermittente à une diathèse dont les manifestations se reproduiraient à peu près fatalement. Cependant, il existe des cas où la maladie a cessé de se manifester de longues années avant la mort, et où il est permis de parler de guérison. Mais ces cas sont rares, et ils appartiennent presque exclusivement aux formes intermittentes simples ; exceptionnellement on a pu citer quelques faits de guérison dans la double forme (Baillarger). Quand la forme circulaire est nettement établie, l'incurabilité est absolue.

Traitement. — Nous avons dit que les psychoses intermittentes sont à peu

[1] Nouveau Dict. de méd. et de chir. pratiq., Art. *Folie à double forme*.

près absolument incurables. C'est reconnaître que la thérapeutique n'a sur ces affections qu'une influence bien faible.

L'indication capitale consisterait à empêcher ou, tout au moins, à retarder le retour des accès. On a pensé tout naturellement à combattre cette périodicité plus ou moins régulière au moyen du sulfate de quinine (Steinthal, Brierre de Boismont, Legrand du Saulle). Dans la plupart des cas, on n'a obtenu de ce médicament aucune action appréciable. Mais lorsque les accès sont courts et rapprochés, quand les intermittences se reproduisent tous les deux ou trois jours, il semble que le sulfate de quinine, à la dose de 30 centigrammes à 2 grammes, ait donné de bons résultats : le retour des accès serait retardé et leur intensité diminuée. Legrand du Saulle a même rapporté un cas de guérison, dans les conditions que nous venons d'indiquer. Malheureusement, ces faits sont trop peu démonstratifs et trop rares pour que l'on puisse attribuer au sulfate de quinine une action réellement efficace sur les psychoses périodiques.

On peut dire la même chose de la morphine, de l'opium sous toutes ses formes, des bromures (Krafft-Ebing), de la digitale. Ces moyens ont échoué tour à tour, ils n'ont pu enrayer, même à un faible degré, l'évolution des accès. L'hydrothérapie, qui donne souvent d'excellents résultats dans les psychoses dépressives, semble perdre ici toutes ses vertus. Comme le dit très justement J. Falret, « lorsque ces moyens paraissent avoir eu une action efficace, c'est à la période de déclin, et l'on peut alors se demander si la diminution des accès est due, dans ces circonstances, à l'action du médicament ou à la décroissance prévue et à la marche naturelle de la maladie ».

Partant de ce fait que la manie et la mélancolie simples sont ordinairement curables, certains cliniciens ont cherché à réduire à une phase unique les accès composés de deux périodes, en supprimant l'une d'elles[1]. Divers procédés ont été essayés en vertu de cette idée théorique. Baillarger (*loc. cit.*, 1854) a pratiqué chez « une malade, chaque mois, une saignée au milieu de l'intervalle des époques menstruelles » ; au bout de huit mois de ce traitement, « la période maniaque a été supprimée depuis deux ans ». Mais, « la période mélancolique continue à se produire comme par accès périodiques ».

En admettant, ce qui est fort discutable, que la modification indiquée soit réellement due au traitement, on ne voit pas clairement ce que la malade y a gagné, et l'on peut se demander en outre, comme le fait observer G. Ballet avec beaucoup de raison, si les dangers d'un pareil traitement sont aussi problématiques que ses avantages. Nous aurions une confiance infiniment plus grande dans le procédé de Dittmar, mentionné par Krafft-Ebing, et devenu aujourd'hui d'une application courante dans les psychoses aiguës en général : *le séjour forcé au lit*, pendant la phase mélancolique, retarderait l'apparition de la phase maniaque et diminuerait son intensité.

En réalité, ces tentatives, fondées sur une idée théorique, n'ont donné aucun résultat pratique sérieux, parce que l'idée théorique est fausse. En sup-

[1] V. Ritti, *op. cit.*

primant l'une des phases, — et le fait même de cette suppression n'est pas du tout démontré — on ne transforme pas la maladie en manie ou en mélancolie *simple,* mais bien en manie ou en mélancolie *périodique,* dont la curabilité est très rare. Ce qu'il faudrait supprimer, c'est la tendance même à la périodicité, et nous avons vu que toutes les tentatives dans ce sens ont échoué.

La seconde indication, toute symptomatique, vise les troubles qui caractérisent chaque période de l'accès, notamment l'*agitation excessive* qui se produit parfois pendant la phase maniaque; l'*insomnie* qui existe aux deux périodes ; enfin, les *idées de suicide*, le *refus des aliments* et l'*altération profonde de l'organisme,* propres à la phase mélancolique. Pour les détails de ce traitement, nous renvoyons à ce qui a été dit aux chapitres Manie et Mélancolie, les symptômes et les indications étant les mêmes. Nous dirons seulement que les résultats obtenus sont bien moins satisfaisants dans les formes intermittentes, où les phénomènes morbides paraissent avoir une ténacité particulière.

L'internement s'impose, dans le plus grand nombre des cas, comme mesure de sécurité envers la société (période maniaque) ou à l'égard du malade lui-même (idées de suicide, refus des aliments), et aussi comme le seul moyen d'appliquer un traitement suivi. Dans leur famille, les malades sont ingouvernables, à l'une et à l'autre période, et l'entourage habituel manque de l'autorité nécessaire pour leur imposer une hygiène et des soins convenables.

Nous avons dit que les formes atténuées, au contraire, permettent souvent le séjour dans la famille.

Si vraisemblable, si certaine même que soit la rechute, on est dans l'obligation de rendre les sujets à la liberté, quand une intermittence bien nette se produit, à moins que l'on ne sache, par l'expérience du cas particulier, que les intermittences n'ont qu'une durée très courte.

Bibliographie. — J. P. Falret. *Marche de la folie,* Gaz. des hôp., 1851, et Bullet. Acad. de Méd., 1854, t. XIX. — Baillarger. *Folie à double forme,* Acad. de Méd., janv. 1854, et *Recherche sur les maladies mentales,* Paris, 1890, t. I. — Geoffroy. *De la folie à double forme,* th. de Paris, 1861. — Marcé. *Traité pratique des maladies mentales,* 1862. — Ludwig Meyer. *Ueber circulare Geiteskrankheiten,* Arch. f. Psych., 1874. — Maudsley, in *Le crime et la folie,* 1874. — Ludwig Kirn. *Die periodischen Psychosen,* Stuttgart, 1876. — J. Falret. *La folie circulaire ou à formes alternes,* Archiv. génér. de méd., 1878-1879, et *Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses,* Paris, 1890. — Taguet, *Contribution à l'étude du délire intermittent,* Annal. méd.-psych., 1882, t. 7. — Foville et Ritti. Art. *Folie à double forme* des Dictionnaires. — Ritti. *Traité clinique de la folie à double forme,* 1883. — Mordret. *De la folie à double forme,* Paris, 1883. — Magnan. *De la folie intermittente,* Communic. au Congrès international de Méd., 1890, et Recherches sur les centres nerveux, Paris, 1893. — G. Ballet. *Folie intermittente,* in Traité de médecine de Charcot et Bouchard, 1894.

DEUXIÈME PARTIE

PSYCHOSES CHEZ LES SUJETS A PRÉDISPOSITION APPARENTE

(Folies raisonnantes, folies morales, dégénérescences.)

Manie sans délire (Pinel). — *Monomanie affective et instinctive* (Esquirol). — *Folie morale* (Moral insanity, Prichard). — *Folie lucide* (Trélat). — *Délire des actes* (Brierre de Boismont). — *Manie de caractère* (Scipion Pinel). — *Folie héréditaire, instinctive* (Morel). — *Manie raisonnante* (Campagne). — *Pseudo-monomanie* (Delasiauve). — *Folies des héréditaires dégénérés* (Magnan). — *Folies du caractère* (Charpentier).

Sous ces diverses appellations, on a décrit un certain nombre d'états anormaux *caractérisés plutôt par des altérations des sentiments, de la volonté et du caractère* que par des troubles intellectuels proprement dits.

Le grand nombre de ces dénominations indique, à lui seul, la confusion qui régnait dans les esprits sur la nature et, plus encore, sur les limites de ces groupes morbides. Chaque auteur, en effet, envisageait la question à son point de vue particulier, et les descriptions différaient assez sensiblement d'un auteur à l'autre. On désignait même par un terme identique des états absolument différents. C'est ainsi, par exemple, que les termes *folie raisonnante* et *monomanie raisonnante* étaient, pour Pinel et Esquirol, synonymes de *manie* sans délire, tandis que, pour Marc[1], la *monomanie raisonnante* est caractérisée par « des actes qui sont la conséquence d'une association d'idées », d'un raisonnement suivi, et il comprenait par là tous les délires systématisés, ce qui est exactement le contraire de la doctrine de Pinel et d'Esquirol. Aussi Foville a-t-il pu dire sans aucune exagération qu' « il n'y a pas, dans la pathologie mentale, de question qui soit plus controversable ni qui ait été l'objet d'un plus grand nombre de discussions ; il n'y en a pas, à coup sûr, dans l'étude de laquelle on ait à lutter davantage contre la confusion des mots et souvent aussi contre celle des idées[2] ».

Il est indispensable d'examiner rapidement les principales phases par lesquelles est passée cette question si complexe.

I. *Les folies morales ou raisonnantes* (de Pinel à Morel). — Dans l'esprit des premiers auteurs qui ont décrit ces états morbides, il s'agissait de démontrer l'existence d'une « lésion isolée des diverses facultés mentales ». Tandis que

[1] Marc. *De la folie*, t. I, p. 241, et t. II, p. 1 et suiv.
[2] Foville. Art. *Folie instinctive*, du Nouveau Dict. de méd. et de chir. pratiques.

les délires étaient l'expression des troubles de l'intelligence, la folie *morale* ou *raisonnante* traduisait les altérations de la volonté et du sentiment, l'intelligence conservant à peu près son intégrité. Après Pinel et comme lui, Esquirol et ses élèves, notamment Georget, Marc, Baillarger, admettent la possibilité d'une lésion isolée, nettement distincte, soit des facultés intellectuelles, soit des facultés instinctives et morales. En Allemagne, Heinroth et Hoffbauer soutiennent la même doctrine, qui était l'application à la médecine mentale de la philosophie dominante.

Ce point de vue théorique est cependant contesté, dès le début, au nom de la clinique et de l'observation directe. En 1819, dans sa thèse inaugurale [1], Falret père disait, à propos de la manie sans délire : « Soit que nous examinions les caractères généraux qui lui sont assignés par l'auteur, soit que nous pesions les diverses circonstances des faits rapportés à l'appui de cette opinion, nous demeurons convaincu qu'une lésion de l'entendement coïncide dans tous les cas avec une perversion des facultés affectives ». Il repoussait de même plus tard [2], et toujours au nom de la clinique, les diverses *monomanies*, dont la création reposait également sur l'idée d'une lésion isolée de facultés particulières. Il soutenait l'existence, dans tous ces cas, d'un trouble intellectuel, plus ou moins étendu, plus ou moins profond, mais toujours appréciable. Les idées de Falret étaient acceptées en Allemagne par Hencke et Griesinger; suivant ce dernier, la création de la manie sans délire doit être considérée comme « un malheur pour la science ».

Avec les travaux de Lucas [3], de Trélat [4], de Moreau (de Tours) [5], de Morel [6], une nouvelle période commence dont les conséquences seront nombreuses et fécondes : c'est la période des recherches méthodiques sur les *causes* des affections mentales. Le premier effet de ces recherches est de mettre en vive lumière l'influence étiologique de l'*hérédité*.

Les maladies de l'esprit, dit Moreau (de Tours), « n'ont pas de raison d'être, si l'on écarte la prédisposition héréditaire. Elles ne sont, en réalité, dans l'immense majorité des cas, que le développement naturel d'un principe morbide déposé par la transmission héréditaire dans la constitution d'un individu » (loc. cit., p. 118). Et il pense que l'on peut reconnaître à certains caractères spéciaux les affections mentales transmises par l'hérédité.

II. *La folie héréditaire* (Morel, Legrand du Saulle, J. Falret). — Morel s'élève à une conception plus large et plus générale. Il considère les nombreuses manifestations de la folie morale ou raisonnante, de la folie instinctive ou impulsive, comme autant de *symptômes* des *aliénations héréditaires*. Il décrit d'une façon magistrale les caractères essentiels de ce nouveau groupe,

[1] J.-P. Falret. *Observations et propositions médico-chirurgicales*, th. Paris, 1819, p. 10.
[2] *De la non-existence de la monomanie*, in Maladies mentales, par J.-P. Falret, 1864.
[3] Lucas. *Traite philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle*. Paris, 1847.
[4] Trélat. *Des causes de la folie*, Annal. méd.-psych., 1856.
[5] Moreau (de Tours). *La psychologie morbide*, Paris, 1859.
[6] Morel. *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, Paris, J.-B. Baillière, 1857. *Traité des maladies mentales*, Paris, Masson, 1860.

la *Folie héréditaire,* et il lui assigne « une place importante dans les dégénérescences de l'espèce humaine » ; mais il en distrait les états d'obsession pour en faire une affection distincte, le « délire émotif ».

La folie héréditaire, telle que la conçoit Morel[1], comprend les « affections nerveuses qui se transmettent, soit comme affections nerveuses identiques, soit comme affections nerveuses progressives ou transformées. Mais dans leur forme progressive ou transformée, ces affections ne perdent pas leur caractère originel ; elles restent des maladies du système nerveux ». Morel divise les aliénations héréditaires en *quatre classes :*

La première comprend les folies héréditaires dues à la simple exagération du tempérament nerveux chez les parents, les anomalies des facultés intellectuelles et affectives, les idées fixes, les excentricités.

La deuxième classe comprend le délire des sentiments et des actes avec conservation apparente de l'intelligence : manie instinctive et impulsive, manie raisonnante, folie morale, perversions du sens génésique.

Dans la troisième classe se rangent les tendances précoces et innées pour le mal, chez des sujets à l'intelligence peu développée (débiles). Demi-aliénés, demi-criminels, ces sujets aboutissent fréquemment à la *démence précoce.*

A la quatrième classe appartiennent « les folies héréditaires au type intellectuel, physique et moral franchement caractérisé par des anomalies morbides congénitales : imbécillité, idiotie, crétinisme ».

J. Falret[2] combat, à l'exemple de son père, la manie sans délire et les diverses monomanies, en tant que maladies autonomes ; il adopte dans leur ensemble les idées de Morel sur la folie héréditaire, mais en les modifiant sur certains points. Les travaux de Bariod[3], de Mandon[4], de Zabé[5], inspirés des idées de Falret et de Morel, sont spécialement dirigés contre la doctrine des monomanies. Legrand du Saulle consacre une série de leçons à la folie héréditaire, comprise au sens de Morel[6], etc.

III. *La dégénérescence mentale.* — Sous l'influence de Krafft-Ebing, de Schüle, de Morselli, de Magnan, etc., la question des folies raisonnantes passe du terrain de l'*hérédité* au terrain plus large de la *dégénérescence mentale.* On reprenait l'idée de Morel, mais pour l'étendre considérablement.

Magnan et ses élèves se sont attachés d'une façon toute particulière à la description de l'état mental des *dégénérés* et à l'étude approfondie des obsessions, des impulsions, des aboulies, considérées comme des manifestations propres de la dégénérescence ; Magnan désigne ces états par le terme expressif de *syndromes épisodiques* ou encore de *stigmates psychiques* de la

[1] *Traité des maladies mentales*, p. 513.

[2] J. Falret. *Folie raisonnante ou folie morale*, Soc. méd.-psych., 1866. *Des signes physiques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire*, id., 1885-1886.

[3] *Études critiques sur les monomanies instinctives, non-existence de cette forme de maladie mentale*, th. Paris, 1852.

[4] Mandon. *Histoire critique de la folie instantanée, temporaire, instinctive.* Paris, Baillière, 1862.

[5] Zabé. *Des aliénés incendiaires devant les tribunaux*, th. Paris, 1867.

[6] Legrand du Saulle. *La folie héréditaire*, Paris, 1873.

dégénérescence mentale. Ces syndromes ont été l'objet de nombreux travaux, parmi lesquels nous mentionnerons principalement ceux de Garnier, Legrain, Saury, Sérieux, etc., que nous aurons l'occasion de citer chemin faisant. Les dégénérés délireraient aussi d'une façon très spéciale ; de telle sorte que la folie des « héréditaires dégénérés » pourrait être subdivisée en trois parties principales : *État mental, syndromes, délires.*

Comme Morel, Magnan admet que la dégénérescence mentale est le plus souvent *héréditaire,* mais qu'elle peut être *acquise.* Il groupe aussi les dégénérés en *quatre classes*[1] *:*

La première classe est représentée par les sujets à intelligence brillante, mais mal équilibrée, ce sont les originaux, les bizarres, les excentriques que l'on peut comprendre sous la rubrique : *déséquilibrés* ou *dégénérés supérieurs.*

La deuxième classe comprend les *débiles,* la troisième et la quatrième renferment les *imbéciles* et les *idiots.*

Ces trois dernières classes ont pour caractère commun la *faiblesse d'esprit;* « il n'est pas possible d'établir entre chacune d'elles une limite absolument tranchée. Les transitions sont insensibles, mais la démarcation se dessine entre les types extrêmes. »

D'après Régis, qui adopte aussi la doctrine de la dégénérescence [2], « les dégénérescences d'évolution ne sont pas de simples accidents de la vie psychique, mais de véritables tares originelles. Elles se traduisent aussi bien dans l'ordre physique que dans l'ordre psychique par des déviations embryogéniques ou malformations qui portent le nom de stigmates de dégénérescence. » (Morel, Magnan) Régis distribue les dégénérescences en quatre genres : 1° les Désharmonies (défaut d'équilibre, originalité, excentricité) ; 2° les Neurasthénies (idées fixes, impulsions, aboulies) ; 3° les Phrénasténies (délirantes, raisonnantes, instinctives) ; 4° les Monstruosités (imbécillité, idiotie, crétinisme).

La doctrine de la « dégénérescence » ne paraît cependant pas avoir supprimé les difficultés, éclairci les obscurités.

D'abord, la notion de dégénérescence est, en elle-même, absolument imprécise et, jusqu'à un certain point, arbitraire. Où commence, où finit cet état ? Quels symptômes lui appartiennent légitimement, et n'en est-il pas, dans le nombre, qui résultent d'influences pathologiques accidentelles, n'ayant rien à voir avec une déviation constitutionnelle ? Quelle est l'importance relative des stigmates *dits* de dégénérescence, soit dans l'ordre physique, soit dans l'ordre psychique ? Autant de questions que chaque auteur peut résoudre à sa guise, et l'on sait qu'en fait les divergences sont nombreuses.

Les conséquences tirées d'une notion aussi incertaine, aussi vague, ne pouvaient être elles-mêmes bien rigoureuses. Aussi, parmi les auteurs qui admettent franchement la doctrine, voit-on que l'entente ne se fait pas sur l'extension à donner au mot, sur les catégories de malades qu'il convient de ranger

[1] Magnan. *Leçons cliniques sur les maladies mentales,* 1882-1891. Magnan et Legrain. *Les dégénérés,* Biblioth. Charcot-Debove, 1895.

[2] Régis. *Manuel pratique de médecine mentale*, 2e édit. Paris, Doin, 1892.

sous la même rubrique. Krafft-Ebing, par exemple, classe dans les *psychoses dégénératives,* non seulement les anciennes folies morales ou instinctives, les obsessions, les perversions, etc., mais aussi les folies périodiques et la paranoia chronique. Schüle refuse d'aller aussi loin. Il place dans les dégénérescences la paranoia aiguë ou originelle, mais il soutient, contre Krafft-Ebing, que la paranoia chronique, acquise (dont le type est le délire de persécution systématique, type Lasègue-Falret), ne peut être considérée comme une psychose dégénérative, et il la range dans une catégorie intermédiaire à la dégénérescence et aux psycho-névroses, dans les psychoses du cerveau invalide.

En France, Magnan, qui s'est consacré plus que tout autre à la défense et au développement des idées de Morel, Magnan se sépare à la fois de Morel, des auteurs allemands et même de quelques-uns de ses propres élèves. Il réunit aux dégénérescences le délire émotif que Morel en avait exclu ; — il leur oppose d'une façon absolue son « délire chronique » (psychose systématique type), alors que Krafft-Ebing en fait une forme franchement dégénérative et Schüle une forme voisine ; — il exclut des dégénérescences les psychoses intermittentes, tandis que deux de ses élèves, Saury et Legrain [1], n'hésitent pas à classer, comme les auteurs allemands, toutes les formes intermittentes et périodiques dans le vaste groupe des folies dégénératives.

Ces divergences ne sont pas les seules ni peut-être les plus importantes. Il en est d'autres qui portent sur la notion elle-même de dégénérescence, et qui montrent tout ce qu'elle a de flottant et d'incertain. Pour Magnan et la plupart des auteurs français qui admettent la théorie des psychoses dégénératives, celles-ci présentent parmi leurs caractéristiques importantes ces obsessions et ces impulsions que Magnan dénomme précisément *stigmates psychiques de la dégénérescence.* Il est cependant un certain nombre d'autres auteurs qui n'acceptent pas cette manière de voir et qui séparent plus ou moins les obsessions et les impulsions de la dégénérescence : c'est ainsi que Krœpelin, Tamburini, Amadei et Tonnini, Tanzi et Riva, Morselli, etc., soutiennent que la folie du doute, que les obsessions et les impulsions sont souvent étrangères à la dégénérescence ; Thomsen [2] ne croit pas que l'on puisse considérer les « états obsédants » comme appartenant à la folie héréditaire ou dégénérative. Dagonet (Traité) range les obsessions dans les dégénérescences, mais il en exclut la folie morale et les impulsions, etc.

Mais si quelques auteurs s'efforcent de restreindre et de limiter le terrain de la dégénérescence, il en est d'autres qui, en présence de ces multiples difficultés, veulent au contraire élargir ce terrain et l'étendre de plus en plus. C'est ainsi qu'après les intermittents et les délirants systématiques on a fait entrer dans le cadre de la dégénérescence les paralytiques généraux (Wille, P. Nœcke [3]).

[1] Saury. *Étude clinique sur la folie héréditaire.* Paris, 1886. Legrain, thèse Paris, 1886.

[2] *Contribution à l'étude clinique des idées obsédantes et des états psychiques analogues.* Archiv. f. psych., 1895. Anal. par Lwoff in Arch. de neurol., 1896, t. I, p. 143.

[3] V. Rogues de Fursac. *Des stigmates de dégénérescence chez les paralytiques généraux,* th. de Paris, 1899.

F. Raymond insiste sur le rôle de la dégénérescence dans l'hystérie, l'épilepsie, le goitre exophtalmique, les chorées, les tics, la maladie de Parkinson, le tabes, la paralysie générale [1], etc., mais il ajoute cependant qu' « il n'y a aucune nécessité à étendre la dégénérescence au point qu'elle embrasse tout le domaine de la pathologie nerveuse » (*loc. cit.*, p. 529).

A. Joffroy fait le dernier pas, et, pour lui, la notion de dégénérescence se confond avec celle de *prédisposition*, avec celle d'hérédité nerveuse. Pressé par les faits, et tout en distinguant un groupe particulier de *folies héréditaires dégénératives*, Morel avait déjà reconnu que, « dans la *presque généralité des cas*, la folie est un état de dégénérescence [2] ». Pour A. Joffroy, « les dégénérés forment, non pas un petit groupe restreint et isolé au milieu de l'aliénation mentale, mais une famille excessivement nombreuse, dont chacun des membres se présente avec sa physionomie individuelle. Tous cependant sont réunis par ce lien commun, à savoir : que leur système nerveux présentant des points d'une résistance insuffisante sera presque fatalement atteint d'un trouble organique ou fonctionnel, lorsque l'occasion se présentera. La fatalité pèse sur ces sujets. Ainsi comprise, la dégénérescence s'étend sur toute la pathologie mentale, sur la plupart des affections nerveuses et aussi sur la plupart des maladies dues à un trouble de la nutrition : arthritisme, diabète, rhumatisme, goutte, etc. [3] ».

Si la *dégénérescence* est tout cela — et, par voie de conséquence, on ne peut guère se refuser à l'admettre — elle devient un caractère très général, *anthropologique* et *pathogénique*, comme le dit J. Falret, mais elle ne correspond aucunement à une notion *nosologique* bien définie. Par cela même qu'il est vague et imprécis, le mot a été employé pour désigner une foule d'états dissemblables autant par les symptômes que par la marche et la terminaison, parfois même par leur nature. Le seul point commun à tous ces états si différents par ailleurs est, en réalité, un caractère négatif : c'est leur irrégularité, c'est l'impossibilité de les faire rentrer dans les groupes bien définis, régulièrement constitués. C'est, au fond, par une véritable élimination qu'a été établie la catégorie *dégénérescence* : elle recueillait ce qui ne pouvait trouver place ailleurs. « On a fini, dit B. Ball, par créer avec la dégénérescence une sorte de *remise* qui sert à loger, sans aucun effort d'esprit, tous les cas embarrassants [4]. » Destinée à remplacer avantageusement la doctrine de la folie héréditaire, la théorie de « la folie des dégénérés » n'a pas plus dissipé les obscurités de la folie héréditaire que celle-ci n'avait triomphé des difficultés soulevées par la folie raisonnante ou par la folie morale. Foville, nous l'avons vu, disait de celle-ci que, dans aucune autre question, « on n'avait eu à lutter davantage contre la confusion des mots et souvent aussi contre celle des idées ». Mendel est aussi sévère pour la doctrine de la dégénérescence lorsqu'il dit : « M. Cramer a raison, à mon sens, de faire

[1] F. Raymond. *Clinique des maladies du système nerveux*, 1re série, 1894-1895.
[2] *Traité des dégénérescences*, p. 345.
[3] Joffroy. *Folie choréique*, Semaine médicale, 1893.
[4] Ball. Leçons sur les maladies mentales, 2e édit., 1890, p. 996.

remarquer que le mot dégénérescence en bien des cas n'explique rien, et qu'il obscurcit plus qu'il n'explique l'état des choses[1] ».

Mon savant maître, J. Falret[2], me semble avoir très heureusement et très justement indiqué la nature et les limites de cette question de la dégénérescence, obscurcie par une extension abusive : « Je suis très convaincu, dit J. Falret, que Morel a ouvert une voie nouvelle et féconde en proclamant la théorie générale de la dégénérescence, c'est-à-dire en étudiant les transformations successives des maladies nerveuses et mentales dans les familles, par l'effet de l'hérédité accumulée, aboutissant, en définitive, après plusieurs générations et plusieurs aggravations, à la stérilité et à l'extinction de la race. J'admets également, avec Morel et Magnan, que cette influence de l'hérédité morbide, nerveuse et mentale, accumulée dans une même famille, entraîne comme conséquence inévitable la production de certains *stigmates physiques et psychiques* qui témoignent chez les descendants de ces familles dégénérées de l'origine héréditaire des maladies diverses dont ils sont atteints, et j'ai moi-même insisté, autrefois, dans plusieurs séances de notre Société et dans mes leçons cliniques, sur l'existence de ces caractères spéciaux des folies héréditaires.

« Mais là se borne mon adhésion à la théorie générale des dégénérescences, telle qu'elle a été établie par Morel. Je suis très partisan de cette théorie générale, comme doctrine *anthropologique* et *pathogénique,* maïs non comme méthode nosologique. Je la considère comme applicable à la *pathologie générale* des maladies mentales et non à la pathologie spéciale. J'admets, en un mot, qu'il existe *des* folies héreditaires et non *une* folie héréditaire, ou folie des dégénérés, ayant des caractères spéciaux. » Les caractères propres aux héréditaires sont « des caractères de races ou de familles, applicables à un grand nombre d'espèces ou de variétés de maladies mentales » ; ils sont donc trop généraux pour servir utilement à une classification nosologique. « Pour résumer, ajoute J. Falret, mon opinion générale sur la théorie des dégénérescences, telle que la conçoivent M. Magnan et ses élèves, je dirai que la *folie des dégénérés,* embrassant dans son vaste cadre les formes les plus variées de la folie, représente à mes yeux comme un immense océan, sans limites et sans fond, dans lequel viendraient s'engloutir et disparaître successivement toutes les espèces et toutes les variétés les mieux établies et les plus naturelles des maladies mentales. »

Il vaudrait donc mieux abandonner l'épithète de *dégénérés,* laquelle implique une notion doctrinale, pour s'en tenir à celle de *déséquilibrés,* qui n'a d'autre prétention que de constater un fait, une manière d'être de certains sujets dont le trait dominant est, en effet, l'irrégularité, la dysharmonie, le défaut d'équilibre dans les manifestations mentales, et cela aussi bien dans leur état habituel que dans le cours des accidents pathologiques si fréquents chez eux. On pourrait adopter encore, en se plaçant au même point de vue,

[1] Société psychiatrique de Berlin, séance du 17 mars 1894. (Voy. Arch. de neurol., 1894, t. II, p. 488.)

[2] J. Falret. *Des variétés cliniques du délire de persécution,* Annal. méd.-psych., juillet-novembre 1896.

le terme *phrénasthénie,* proposé par E. Régis, ou celui de *psychasténie,* indiqué par P. Janet.

Nous désignerons par ces termes qui s'équivalent les individus chez lesquels une constitution mentale défectueuse, irrégulière (sous l'influence de l'hérédité ou par l'action d'une cause pathologique quelconque), se trahit au dehors par de nombreuses *anomalies physiques* et *psychiques,* dont l'ensemble constitue les signes de la *prédisposition apparente* aux affections cérébrales. Ces individus se distinguent des sujets considérés comme normaux, tant dans leur état ordinaire que dans leurs états pathologiques. Leur état mental habituel aide à comprendre les particularités des différents troubles psychopathiques qui peuvent survenir chez eux ; c'est pourquoi il est indispensable de décrire d'abord cet *état mental,* dont l'importance est plus grande encore que celle des *stigmates physiques.*

Des troubles cérébraux variés se développent de préférence chez ces prédisposés. Les uns ne sont qu'une exagération maladive de quelques-unes de leurs tendances naturelles, ils sont permanents ou, au moins, d'une très longue durée, et ils se manifestent par des altérations du caractère et des actes qui relèguent au second plan les désordres intellectuels proprement dits ; aussi désigne-t-on souvent ces troubles par l'expression d'anomalies ou de folies du *caractère.* Nous conserverons cette dénomination, qui correspond à une réalité clinique, et nous comprendrons dans les *états morbides du caractère* la manie raisonnante, la folie morale et le délire des persécutés-persécuteurs. Ces trois états présentent nombre de symptômes communs, mais ils se distinguent par des particularités suffisantes pour légitimer une description séparée.

D'autres troubles qui peuvent exister à l'état isolé ou s'associer aux précédents, sont ordinairement *transitoires* et peuvent être considérés comme des *accidents mentaux.* Parmi ces derniers, les uns affectent surtout l'*émotivité* et la *volonté :* ce sont les obsessions et impulsions conscientes ; les autres affectent surtout l'*intelligence ;* ce sont les délires proprement dits. Nous suivrons dans notre description l'ordre que nous venons d'indiquer.

TABLEAU V

PSYCHOSES CHEZ LES SUJETS A PRÉDISPOSITION APPARENTE

(Déséquilibrés, héréditaires, dégénérés.)

I. — État mental habituel.	
II. — États morbides continus du caractère.	Manie raisonnante. Folie morale. Persécutés-persécuteurs.
III. — États morbides intermittents de l'émotivité de la volonté. (Aboulies.)	Obsessions. Impulsions. Perversions sexuelles.
IV. — États morbides transitoires de l'intelligence, délires. (Accidents mentaux.)	Exaltation maniaque. Hypocondrie morale ou mélancolie raisonnante. Délires d'emblée, systématisés et transitoires.

CHAPITRE PREMIER

GÉNÉRALITÉS. ÉTAT MENTAL HABITUEL DES PRÉDISPOSÉS

A. — Étiologie.

Depuis les travaux de Lucas, de Morel, de Moreau (de Tours), de Falret, de Magnan, etc., il est hors de doute que, dans la plupart des cas, les folies morales, raisonnantes, dégénératives, reconnaissent pour cause l'hérédité. Cependant, et bien qu'on ait appliqué à ces états morbides la dénomination de folies héréditaires, l'hérédité n'en est pas la cause exclusive.

D'après Morel, les « aliénations héréditaires » suivraient une évolution progressive et régulière, depuis « la simple exagération du tempérament nerveux » jusqu'à « l'imbécillité, l'idiotie et le crétinisme ». L'accumulation des influences héréditaires morbides aboutirait à la dégénérescence, qui est « une déviation maladive du type normal de l'humanité », déviation dont le dernier terme est la stérilité. Mais cette marche progressive de l'hérédité est enrayée par de nombreuses influences qui peuvent faire remonter vers l'état normal la « variété maladive », influence d'un générateur indemne de tares, croisement des races, progrès hygiéniques, etc.

Du reste, le terme *hérédité* doit être entendu ici au sens le plus large. Morel, qui a insisté particulièrement sur l'hérédité des affections nerveuses, n'a pas manqué de signaler également l'action qu'exercent sur la descendance les grandes intoxications : l'alcoolisme en première ligne, l'opium, le tabac, le plomb, les substances alimentaires altérées (Pellagre), le paludisme, etc.; toutes ces intoxications s'exerçant à l'état chronique sont capables de modifier et d'abâtardir la race, par conséquent de déterminer, par voie d'accumulation héréditaire, les tares physiques et psychiques les plus graves. Une hygiène défectueuse, la constitution géologique du sol (crétinisme) peuvent produire les mêmes résultats.

Toutes les *maladies chroniques graves,* qui altèrent profondément l'organisme, sont susceptibles de déterminer chez les descendants des accidents nerveux ou des troubles psychiques; à ce point de vue, les recherches de Charcot sur la *goutte* et le *diabète*, celles de Parrot et de Fournier sur la *syphilis,* semblent bien démonstratives. On peut dire la même chose de la *tuberculose ;* le professeur Grasset soutient depuis longtemps qu'elle joue un rôle dans le développement de l'hystérie ; il est fréquent de la rencontrer aussi chez les ascendants des sujets déséquilibrés.

L'*âge avancé* des parents, ou seulement de l'un d'eux, au moment de la

conception, favorise chez l'enfant les anomalies de développement du système nerveux.

Quant à la *consanguinité,* au sujet de laquelle on a tant discuté, elle n'a une action néfaste que si les conjoints sont eux-mêmes tarés ; ces tares des parents s'accumulent alors presque sûrement chez les enfants, comme il est habituel dans tous les cas d'hérédité convergente.

En dehors de l'hérédité, on a invoqué différentes causes qui peuvent agir soit sur le *germe*, soit sur le *fœtus*, soit sur l'*enfant en bas âge*.

L'influence, sur le développement de l'enfant, de l'état des parents au moment de la conception est connue depuis la plus lointaine antiquité : les *émotions tristes* et l'*ivresse,* notamment, étaient considérées comme capables de produire diverses anomalies physiques et psychiques. L'ivresse du père ou de la mère paraît avoir souvent pour conséquence l'épilepsie ou l'idiotie de l'enfant. Bien qu'il soit ordinairement difficile de reconnaître le coït fécondant, il est des cas dans lesquels l'affirmation est possible (*coït unique,* par exemple). Dans une discussion à la Société médico-psychologique, Christian a insisté sur ces faits, qu'il faut distinguer des cas de transmission héréditaire[1].

On a peut-être exagéré l'influence des émotions de la mère, pendant la grossesse, sur le développement ultérieur de l'enfant, et il n'est pas démontré que la contemplation de belles œuvres d'art soit capable de multiplier les exemplaires, même réduits, de l'Apollon du Belvédère. Mais il n'est guère contestable que des émotions dépressives ou prolongées, ou encore des frayeurs vives puissent, pendant la grossesse, modifier parallèlement le système nerveux de la mère et celui de l'enfant. Les intoxications, les maladies graves, les traumatismes qui atteignent le fœtus ont une action plus active encore sur le développement, et il importe de ne pas la confondre avec celle de l'hérédité (Bouchereau)[2]. La réalité de l'influence des maladies du fœtus sur son développement ultérieur est démontrée par l'expérience. Dareste a depuis longtemps établi que des lésions accidentelles de l'embryon peuvent déterminer la production de malformations diverses. Plus récemment, Féré a également produit de nombreuses anomalies chez des poulets, en soumettant les œufs à l'influence de différents toxiques, et notamment de l'alcool [3].

Les *maladies de l'enfance* sont encore une cause fréquente des défectuosités soit physiques, soit mentales, qui apparaissent plus tard. Le *rachitisme,* par exemple, peut altérer le développement du cerveau et du crâne (Krafft-Ebing) ; il en est de même des maladies *infectieuses,* qui s'accompagnent de fièvre et de convulsions et qui déterminent parfois des lésions méningées ou cérébrales ; la *fièvre typhoïde,* la *diphtérie,* la *syphilis héréditaire,* paraissent les plus actives à ce point de vue. On a invoqué aussi la scarlatine, la rougeole, la coqueluche, les oreillons, etc. Le *traumatisme* crânien auquel Lasègue

[1] *Des signes physiques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire*, Soc. méd.-psych., 1885-1886.

[2] Id., Id.

[3] Ch. Féré. *Malformations produites par imprégnation par l'alcool des œufs fécondés,* Soc. de Biol., 1894.

attachait une si grande importance, peut également troubler le développement organique et fonctionnel du cerveau ; l'*onanisme* précoce et répété a une influence analogue.

Esquirol avait bien vu toute l'importance des affections qui atteignent le fœtus ou l'enfant, et qui, en troublant son développement, peuvent devenir une cause de désordre permanent. Cotard y insistait, à la Société médico-psychologique [1], et il tendait à reconnaître à ces causes une influence plus grande que celle de l'hérédité dans la production de la dégénérescence. « L'hérédité même, disait-il, lorsqu'elle existe, ne prouve pas que ces autres causes soient inactives ; je vais plus loin, je demande si ce ne sont pas ces mêmes causes qui déterminent la forme dégénérative, l'hérédité étant réduite à son rôle étiologique général... Les soi-disant héréditaires sont donc avant tout des congénitaux, des infantiles ou même des juvéniles ; leur propre caractère est d'avoir été frappés pendant la période de croissance et de présenter par conséquent des arrêts de développement et des malformations aussi bien au physique qu'au moral. La cause qui a agi importe peu, c'est l'âge où le malade a été atteint qui détermine la forme du mal. »

Cette manière de voir, à la fois ingénieuse et très clinique, n'a pas été généralement adoptée, puisque, ainsi que nous l'avons dit au début de ce paragraphe, la plupart des auteurs considèrent l'hérédité comme la cause de beaucoup la plus importante des diverses anomalies psychiques. Mais, s'ils ne lui attribuent qu'une importance secondaire, ils admettent cependant l'influence des causes morbides qui s'exercent sur le fœtus et sur l'enfant.

B. — État mental des prédisposés.

(Déséquilibrés, Héréditaires, Dégénérés.)

Les sujets déséquilibrés, prédisposés aux affections mentales soit par l'hérédité soit par une autre cause quelconque agissant à une période peu avancée du développement, présentent dès l'enfance ou dès la puberté de nombreuses anomalies de l'intelligence, du caractère et du sens moral. Ces anomalies permanentes sont les signes révélateurs de la prédisposition ; elles constituent l'individualité psychique des sujets, elles caractérisent leur manière d'être ordinaire et leur état mental habituel.

Plus ou moins nombreuses, plus ou moins graves, ces anomalies peuvent toutes se ramener à un manque de pondération et d'équilibre dans les diverses manifestations de l'activité mentale, manque d'équilibre qui dure toute la vie et qui est complètement indépendant des états pathologiques plus accusés, très fréquent chez les individus dont il s'agit.

Cette déséquilibration fondamentale est le trait principal de leur état psychique. Elle porte sur toutes les opérations mentales, sur toutes les facultés, considérées soit isolément, soit dans leurs rapports réciproques. Le moral, le caractère sont ordinairement plus altérés que l'intelligence elle-même, et « le

[1] Soc. méd.-psych., 25 janv. 1886.

contraste très marqué entre la lucidité intellectuelle et les troubles moraux » (J. Falret) est habituel. Mais ce contraste peut être inverse ; dans certains cas, beaucoup plus rares à la vérité, l'on observe des prédisposés qui, avec une conduite sage, avec des habitudes morales régulières, ont un développement intellectuel très incomplet, des lacunes profondes pour certains ordres de connaissances.

J. Falret a décrit avec une grande justesse l'état mental particulier à ces sujets : « Il est, dit-il [1], quelques individus prédisposés à la folie dès leur naissance, dont la maladie a pris sa source chez les ascendants, et qui, dès les premiers âges de leur existence, manifestent dans leurs idées, dans leurs sentiments et dans leurs penchants, des particularités tellement notables, des bizarreries tellement prononcées, qu'ils se distinguent déjà de tous les autres enfants du même âge, et sont marqués dès leur enfance du stigmate indélébile de la folie... Ces signes vont s'exagérant de plus en plus à mesure qu'ils avancent dans la vie.. ; l'incubation de la folie se produit ainsi chez eux peu à peu, et se confond pour ainsi dire, par nuances insensibles, avec l'état de prédisposition qui constitue comme le caractère normal de ces individus depuis leur naissance. »

Les anomalies de l'émotivité et de la volonté sont particulièrement fréquentes chez ces enfants prédisposés. Ordinairement très impressionnables, très excitables, ils ont des sympathies et des antipathies soudaines et très vives ; ils s'irritent avec une extrême facilité, et leurs accès de colère s'accompagnent fréquemment d'actes de violence ; mais, par une sorte de compensation, ils sont très accessibles à la tristesse, à l'abattement, et ils éprouvent, pour des futilités, des chagrins violents, de véritables désespoirs qui les poussent à des actes funestes. Ce sont ces enfants qui, pour une réprimande ou une punition légère, se sauvent du collège ou de la maison paternelle, qui, parfois, vont jusqu'au suicide. Leur sensibilité est aussi mobile qu'elle est vive, et ils passent rapidement du rire aux larmes, de l'attendrissement à la colère. De volonté inconsistante, ils sont pleins d'ardeur au travail pendant un certain temps, mais ils se découragent aussitôt si le succès ne répond pas à leur effort passager.

Quelques-uns présentent une apathie complète, une paresse de corps et d'esprit allant jusqu'à l'inertie ; indifférents à tout, non seulement ils négligent leurs devoirs d'écoliers, mais encore ils abandonnent leurs jeux, ils ne manifestent aucune affection pour leurs proches ; leur sensibilité semble éteinte, ils n'aiment rien ni personne.

Dans l'un et l'autre cas, ces enfants sont très difficiles à gouverner ; rebelles à toute discipline, ils désolent leur famille et découragent leurs maîtres. Il n'est pas rare d'observer chez eux des tendances plus ou moins marquées aux obsessions et aux impulsions, des terreurs nocturnes, etc.

Dans le domaine de l'intelligence, les anomalies sont encore fréquentes. Morel insistait sur la prédominance de telle ou telle disposition, de telle ou

[1] J. Falret. *Folie raisonnante ou folie morale*, Soc. méd.-psych., janvier 1866.

telle aptitude, surtout pour les arts d'imagination, chez des sujets à intelligence par ailleurs confuse ou bornée : « Ce phénomène remarquable se retrouve jusque dans les variétés les plus dégénérées des folies héréditaires, dans l'imbécillité, par exemple ».

« L'intelligence de ces enfants, dit encore J. Falret[1], présente les mêmes singularités et les mêmes contrastes que leur moral. Il y a chez eux une grande inégalité dans le développement relatif des diverses facultés intellectuelles, il y a désharmonie, ou absence d'équilibre, entre elles ; les unes sont très développées et les autres, au contraire, à l'état rudimentaire ; des mémoires spéciales à côté de lacunes flagrantes dans d'autres facultés supérieures ; des aptitudes particulières pour le dessin, la peinture, la musique, le calcul existent à côté de lacunes énormes dans les facultés de jugement, de comparaison et de réflexion. » C'est en effet le jugement et la réflexion qui manquent le plus aux sujets de cette catégorie, non pas seulement dans l'enfance, mais pendant leur existence tout entière. Leurs aptitudes particulières sont quelquefois à ce point développées qu'ils peuvent faire illusion pendant un certain temps. Apprenant avec une extrême facilité, ils sont les premiers de leur classe, on les considère comme de petits prodiges (Falret, Legrand du Saulle), jusqu'au jour où, par suite d'un arrêt inexplicable dans leur développement intellectuel, faisant faillite à toutes leurs promesses, ils manifestent rapidement une infériorité déplorable.

Il convient de mentionner spécialement, à côté des caractères généraux que nous venons d'indiquer chez ces enfants, ce qui concerne les *instincts*, et surtout l'instinct sexuel. Il est assez fréquent, mais il est loin d'être constant, d'observer chez les enfants prédisposés des instincts violents et pervers, de la méchanceté et même de la cruauté envers leurs camarades ou à l'égard des animaux, une tendance marquée au mensonge et au vol, etc. De même, l'instinct sexuel est précoce chez un grand nombre de ces sujets, ils se livrent de bonne heure à la masturbation, ils présentent même parfois des perversions sexuelles (Westphal, Krafft-Ebing, Magnan, etc.). Ces enfants « presque dépourvus de sens moral et plus voisins des jeunes criminels, prédisposés à tous les vices et à tous les crimes, que des autres enfants, nés dans des conditions normales et régulières » (J. Falret), sont placés à « l'origine commune du crime et de la folie ». Ces enfants à instincts mauvais et pervers évoluent plus spécialement, après la puberté, vers la *folie morale* proprement dite.

La puberté est, en effet, pour les prédisposés en général, une échéance particulièrement grave, solennelle, peut-on dire. « Peu d'héréditaires, dit Schüle[2], peuvent doubler ce premier écueil. » J. Falret a particulièrement insisté sur la direction qu'imprime la puberté aux tendances de ces sujets : « Les enfants ainsi prédisposés, écrit-il[3], quand ils arrivent à l'époque de la puberté; et même auparavant, ont souvent à subir des crises physiques et morales... Le mouvement de la puberté s'accomplit chez eux d'une façon

[1] Art. *Responsabilité légale des aliénés*, Dict. encyclop. des sciences médic. 1876.
[2] Traité, p. 433.
[3] Dict. encyclop., Art. *Responsabilité*.

souvent incomplète et insuffisante... A la suite d'accidents nerveux d'espèces variées, l'état moral de ces individus peut prendre alors deux directions différentes. Dans le chemin de leur vie, il se produit une sorte de *bifurcation :* les uns deviennent des êtres abaissés, ils perdent l'activité de leurs facultés précoces, et cette disparition de quelques facultés brillantes, qui masquaient le fond de faiblesse relative de leur intelligence, le laisse apparaître dans toute sa nudité. Ils se montrent alors tels qu'ils sont, des faibles d'esprit à des divers degrés, des demi-imbéciles... C'est la voie de l'imbécillité, de la *démence précoce* ou de l'idiotie, comme l'a très bien fait remarquer Morel. Les autres, au contraire, suivent une autre voie... qui, selon moi, rattache étroitement, par l'origine comme par la symptomatologie, les folies raisonnantes aux débilités intellectuelles, à l'idiotie partielle et à l'imbécillité... Au lieu de tourner à la débilité intellectuelle et à l'imbécillité, ces individus tournent à la *folie morale* ou à la folie des actes.., etc. ».

Après la puberté, ceux de ces sujets qui n'ont versé ni dans la démence précoce ni dans la folie morale caractérisée restent tels qu'ils étaient avant, c'est-à-dire des êtres incomplets, des excentriques, des originaux, en un mot des *déséquilibrés* s'adaptant difficilement aux conditions morales et sociales ordinaires.

Suivant que leurs facultés intellectuelles sont plus ou moins abaissées, suivant que leurs tares morales sont plus ou moins graves, ils végètent à des degrés plus ou moins élevés de l'échelle sociale. Mais, quelle que soit leur situation relative, ils présentent tous un trait commun : ils sont insuffisants aux tâches qu'ils entreprennent, et, comme ils ne se rendent pas justice, ils s'en prennent généralement aux autres de leurs échecs, de leurs avortements répétés.

Les plus inférieurs, *imbéciles* ou simples *débiles,* sont impropres à toute occupation sérieuse. S'ils sont obligés de vivre de leur travail, ils essaient de toute sorte de métiers inférieurs, sans réussir à aucun. La faiblesse de leur intelligence et de leur volonté les livre sans défense à tous les mauvais exemples, à tous les entraînements, et ils flottent ainsi, vagabonds ou délinquants de toute catégorie, de la prison à l'asile, accumulant, au hasard des circonstances, les emprisonnements et les internements. Souvent, ils se livrent à des excès sexuels, à la masturbation, aux excès alcooliques, et, précipitant ainsi leur décadence mentale, ils terminent généralement leur existence dans un asile d'aliénés.

Ceux qui sont moins dégradés (*dégénérés supérieurs* de Magnan) ne réussissent pas beaucoup mieux. Leur intelligence est parfois fort active, leur imagination très brillante, mais il est facile de constater que leurs facultés turbulentes et désordonnées sont stériles. Manquant de coordination et de suite dans les idées, incapables d'attention soutenue et de persévérance, ils ne peuvent s'astreindre à un travail régulier, qui exigerait des efforts répétés. Par défaut de rectitude dans le jugement et aussi par vanité ils ont une préférence instinctive pour tout ce qui est excentrique ou excessif, ils rêvent facilement de gloire et de fortune rapidement conquises. Ils aiment le bruit, le mouvement, le changement ; ils ont un goût prononcé pour les voyages. Ils se font soldats

ou marins sans préparation aucune, par amour des aventures, et ils deviennent les clients ordinaires des conseils de guerre. Ils sont des recrues assurées pour les écoles littéraires extravagantes, pour les doctrines politiques les plus dangereuses et les plus fausses, pour les utopies les moins justifiées. On les retrouve dans ces bizarres cénacles où l'on développe d'absurdes théories artistiques ou littéraires : poètes ratés, écrivains inintelligibles, *graphomanes* (Lombroso) de toute espèce, artistes incompris, qui prétendent rénover l'Art sous toutes ses formes et qui finissent par sombrer dans le ridicule[1]. On les retrouve, moins inoffensifs, aux époques troublées, dans la rue et parfois jusque dans le gouvernement[2]. On les retrouve encore dans les rangs de ces inventeurs acharnés autant que malheureux, de ces chercheurs du mouvement perpétuel, toujours en travail de quelque nouveau projet, généralement inutile ou burlesque, lorsqu'il n'est pas matériellement irréalisable, etc. Ce goût du bizarre et de l'excentrique apparaît souvent au dehors, dans l'affectation de leur costume de forme inusitée, de couleurs voyantes, qui, partout où ils passent, attire l'attention sur leur personne.

Très impressionnables, accessibles à toutes les suggestions, sans volonté ou d'une volonté débile, ils sont par là même très versatiles. Ils entreprennent successivement les affaires les plus différentes ; sans raison appréciable, ils passent d'un projet à un autre, ils changent même de profession, et ils s'attachent toujours avec une ardeur exagérée à leur préférence actuelle. On a pu dire de ces sujets qu'*ils changent souvent d'idée fixe.* Mais ils sont en même temps entêtés, surtout quand on veut les contrecarrer, leur démontrer qu'ils se trompent ; ils mettent alors tout leur amour-propre à ne pas céder, même à l'évidence.

Dans leurs sentiments, on observe la même mobilité, la même inconstance. Leur susceptibilité est extrême, un rien suffit à les éloigner de quelqu'un à qui ils viennent de témoigner une vive affection. A chaque instant, ils se brouillent avec leurs amis, pour se réconcilier ensuite, et le plus souvent pour des prétextes futiles. En tout, ils passent brusquement d'un extrême à l'autre, impatients de toute règle, soumis avant tout à la satisfaction immédiate de leur fantaisie ou de leurs instincts. Suivant les circonstances et les hasards de sa vie, le déséquilibré pourra, par exemple, tantôt faire étalage de sentiments religieux exaltés, poussés jusqu'au mysticisme, tantôt au contraire se livrer aux pires excès, à l'existence la plus dissolue, tantôt même mener de front les pratiques religieuses et la débauche. La vie génitale est en effet, pour ces sujets, l'occasion de troubles nombreux, de désordres graves. Ils poussent souvent la passion jusqu'aux limites les plus déraisonnables, ils veulent jouer dans la réalité les héros de roman, et ils sont mêlés fréquemment aux drames passionnels qui occupent l'attention publique. C'est aussi chez eux que l'on observe ces étranges aberrations génésiques dont nous aurons à parler plus loin, et qui

[1] Voir, à ce sujet, le curieux ouvrage de Max Nordau : *Dégénérescence*, 2 vol., Paris, Alcan, 1894.

[2] Laborde. *Les hommes de la Commune devant la psychologie morbide.* Paris, Germer Baillière, 1871.

coexistent souvent avec des obsessions et des impulsions d'une autre nature. Pour le déséquilibré, disent fort bien Magnan et Legrain, « le danger réside dans une intelligence faible, impropre à éclairer les déterminations, dans une imagination déréglée qui enfante çà et là les enthousiasmes les plus inconsidérés, les emballements les plus regrettables (théories politiques subversives, inventions burlesques, exagérations religieuses poussées jusqu'au mysticisme, jusqu'à l'ascétisme, etc.) ; il réside plus souvent encore dans cette perpétuelle indécision, dans cette versatilité, dans cette absence d'énergie volontaire qui font du dégénéré le jouet facile de toutes les influences. Crédule, superstitieux, il est apte à subir toutes les suggestions et tous les entraînements, il est la victime habituelle de toutes les contagions morales[1]. »

Vivant en marge de la raison, ou, comme on l'a dit, dans une *zone mitoyenne* (Maudsley) entre la raison et la folie, sur *les frontières de la folie* (Ball), les déséquilibrés franchissent souvent cette frontière et aboutissent à la folie confirmée. Quelques-uns y arrivent par le développement naturel de leurs tendances ; d'autres y sont poussés par une circonstance particulière : secousse morale, maladie physique, modifications organiques en rapport avec certaines époques de la vie. Nous avons parlé de l'influence très grande de la puberté, à ce point de vue. Chez les femmes, la ménopause exerce une action presque aussi importante. La grossesse, la lactation, la menstruation même, sont encore l'occasion fréquente de troubles psychiques plus ou moins caractérisés. De ces différents troubles, les uns sont *transitoires*, ordinairement avec récidives ; tels sont la folie du doute, les obsessions et impulsions de toute nature, les délires d'emblée, etc. Les autres sont *permanents*, comme la démence précoce, que nous avons déjà mentionnée, la folie morale, le délire des persécutés-persécuteurs, certains délires systématisés chroniques, etc.

Nous empruntons à Schüle son excellent résumé de l'état mental des sujets déséquilibrés, de ce qu'il appelle le *tempérament héréditaire*. Nous rappellerons seulement que l'hérédité n'est pas la cause unique de cet état.

« En clinique, dit Schüle[2], le tempérament héréditaire présente les caractères suivants : au point de vue *cérébral*, l'excitabité psychique est accrue, l'imagination est prédominante, et le délire éclate facilement ; au point de vue *spinal*, c'est une aptitude plus grande à l'excitation, une sensibilité exagérée ; l'impulsion cérébrale irradie d'une manière anormale ; du côté des *sens*, c'est une tendance hyperesthésique allant jusqu'à l'hallucination ; les vaso-moteurs participent aux excitations psychiques (passions) et aux excitations physiques (intolérance vis-à-vis de l'alcool) avec une énergie plus grande. De tous ces caractères, résulte l'habitus psychique, qui se compose d'une hyperexcitabilité accompagnée de faiblesse ; au point de vue *émotif*, on remarque une sensibilité et une excitabilité pathologiques (sympathies et antipathies), une humeur inconstante passant de l'indifférence à la sensibilité excessive et dirigée par les moindres impressions nerveuses ; du côté de l'*intelligence*, c'est une déshar-

[1] Magnan et Legrain. *Les dégénérés*, Biblioth. Charcot-Debove, 1895.

[2] *Traité clinique des maladies mentales*, traduction Dagonet et Duhamel. Paris, 1888, p. 431.

monie des différentes forces, avec tendance aux idées obsédantes ; au point de vue *psycho-moteur*, c'est un élan exagéré à côté d'une volonté affaiblie, un enthousiasme excessif et qui ne dure pas, ou bien une dépression considérable. D'une façon générale, on peut caractériser l'affection comme étant une disposition et un développement du caractère contradictoires, défectueux ou désharmonisés. »

C. — Signes physiques.

Concurremment avec les défectuosités mentales, on observe souvent, chez les sujets prédisposés (*héréditaires, dégénérés*), des malformations *physiques* révélant à l'extérieur le développement anormal de l'organisme. Morel, l'un des premiers, attira l'attention sur l'importauce et sur la signification de ces anomalies que, depuis ses travaux, on désigne du nom de *stigmates physiques* de l'*hérédité morbide* ou de la *dégénérescence.*

On a décrit un très grand nombre de ces stigmates, et bien souvent on compte comme tels des malformations d'origine tératologique ou même des déformations accidentelles dues soit à des influences pathologiques s'exerçant pendant la vie intra-utérine, soit à des traumatismes survenus pendant l'accouchement, et n'ayant les uns et les autres aucun rapport avec l'hérédité[1]. On connaît les expériences de Ch. Féré qui, en imprégnant par l'alcool des œufs fécondés, a déterminé la production de nombreuses malformations[2], et l'on savait, depuis la plus lointaine antiquité, que la tristesse ou l'état d'ivresse des parents au moment de la conception est capable de produire chez les enfants diverses anomalies physiques et psychiques.

Nous indiquerons les principales malformations décrites par les auteurs comme *stigmates de dégénérescence ;* les plus importantes et les moins contestées sont celles du crâne et de la face.

1. Crane. — Les malformations dans la forme générale du crâne sont nombreuses, et l'on admet généralement aujourd'hui qu'elles dépendent d'un vice de développement du cerveau. On distingue : a. La *microcéphalie,* qui peut être symétrique ou asymétrique et qui s'accompagne souvent, mais non toujours, de synostose des os du crâne. Les limites de la microcéphalie sont d'ailleurs très variables. « On peut admettre avec Broca des microcéphales vrais et des demi-microcéphales. Chez les derniers, la capacité cranienne est inférieure à 1 150 centimètres cubes et la circonférence horizontale moindre de 480 millimètres chez l'homme adulte et de 475 chez la femme ; chez les microcéphales vrais, la capacité du crâne peut n'être pas supérieure à 300 centimètres cubes et sa circonférence à 32 centimètres. D'après M. Ducatte, tout crâne dont le pourtour est moindre de 48 centimètres ne peut appartenir qu'à un imbécile

[1] P. Naecke. *La valeur des signes de dégénérescence dans l'étude des maladies mentales,* Annal. méd.-psych., septembre 1894. *Die Sogen. aüsseren Degenerations Zeichen bei der progress. Paral. der Männer,* etc., Allgem. Zeits. f. Psych., février 1899.

[2] Féré. *Malformations produites par imprégnation par l'alcool des œufs fécondés,* Soc. de Biol., février 1894.

ou un idiot[1]. » — b. La *macrocéphalie*, qui est due le plus souvent à l'hydrocéphalie. Les bosses craniennes sont proéminentes, les sutures et les fontanelles plus ou moins élargies. La macrocéphalie est généralement asymétrique. — c. La *scaphocéphalie*, crâne aplati transversalement, en forme de carène de navire, avec saillie de la suture sagittale. — d. La *plagiocéphalie*, qui constitue une forme d'asymétrie désignée par Virchow sous le nom de *crâne oblique ovalaire* : « la partie antérieure d'un côté et la partie postérieure de l'autre sont plus développées, si bien que le diamètre antéro-postérieur maximum du crâne n'est plus longitudinal, mais oblique[2] ». — e. L'*acrocéphalie*. D'une manière générale, « elle désigne les crânes à voûte élevée et plus spécialement les crânes longs, élevés dans la région pariétale, avec le front incliné en arrière » (Séglas, loc. cit.) ; ce sont les crânes pointus, en pain de sucre. — On peut rencontrer encore la *ptatycéphalie*, ou crâne aplati au sommet, dans la région du vertex ; la *clinocéphalie*, ou « crâne en forme de selle par dépression de la région bregmatique », etc. En général, les crânes des aliénés présenteraient plus souvent la forme allongée que les crânes des individus normaux ; la *protubérance occipitale externe* y serait aussi plus saillante[3].

2. Face. — Des nombreuses anomalies de la face, les plus importantes pour notre sujet sont, d'une part, celles qui résultent d'un développement défectueux des parties osseuses ou de sutures prématurées des os de la base du crâne ; d'autre part, celles qui affectent l'oreille externe.

La plus fréquente de ces anomalies est une *asymétrie* plus ou moins accentuée. Lasègue considérait l'asymétrie faciale consécutive aux synostoses prématurées de la base du crâne comme une condition pathogénique de l'épilepsie dite *essentielle*[4] ; on admet généralement, au contraire, que ces anomalies de la boîte cranienne sont la conséquence d'un vice de développement du cerveau : le crâne se moule sur le cerveau, au lieu d'en déterminer la forme.

Le *prognathisme*, ou saillie exagérée des mâchoires, est assez fréquent. Il porte sur l'une des mâchoires seulement ou sur les deux. On sait l'importance exagérée qu'attache l'école de Lombroso à la saillie de la mandibule, comme signe de la dégénérescence criminelle.

La *bouche* peut présenter un certain nombre d'anomalies : *Vicieuse implantation des dents*, sur laquelle insistait Morel ; *absence de la seconde dentition*, déjà signalée par Baillarger ; *bec-de-lièvre* simple ou compliqué, c'est-à-dire avec ou sans division de la voûte palatine ; obliquité, rétrécissement de la *voûte palatine*, qui prend la forme *ogivale* ; développement exagéré de la *langue* (chez les crétins), hypertrophie de la *lèvre inférieure*, etc. Les vices d'articulation de la *parole* doivent être rappelés ici : *bégaiement*, *blésité*, *bredouillement*, etc.

[1] G. Ballet. *Les psychoses* in *Traité de méd.*, de Charcot et Bouchard.
[2] Séglas. *Examen morphologique des aliénés*, in *Leçons sur les maladies mentales*, 1895.
[3] Rogues de Fursac. *Des stigmates physiques de dégénérescence chez les paralytiques généraux*, th. de Paris, 1899.
[4] Lasègue. *De l'épilepsie par malformation du crâne*, Arch. génér. de méd., 1877.

Les anomalies qui portent sur l'*oreille externe*[1] ont été signalées par Morel, qui en a montré la réelle importance; elles se rencontrent souvent, comme stigmate unique, chez les héréditaires à niveau intellectuel élevé, chez les « dégénérés supérieurs » de Magnan. L'oreille peut être d'une petitesse ou d'une grandeur exagérée, elle est parfois très détachée de la tête (oreille en anse). L'*oreille* dite *de Morel* est caractérisée par l'absence ou le déplissement de l'hélix, l'adhérence ou l'atrophie du lobule (lobule sessile), l'effacement de l'anthelix, du tragus ou de l'antitragus, en un mot par « l'état rudimentaire ou l'absence de quelques-unes de ses parties constitutives[2] ». L'*oreille de Darwin* est celle dont le nodule ou tubercule de Darwin est très développé ; l'hélix est ordinairement déplissé et l'oreille pointue rappelle par sa forme celle du satyre. Quand les parties centrales du pavillon, et surtout l'anthélix, etc., sont très saillantes, on a l'*oreille de Wildermuth*. Mentionnons encore le dédoublement de l'hélix, particularité présentée par Mozart, la saillie exagérée et la *prolongation de la racine de l'hélix* à travers la conque ainsi divisée en deux cavités secondaires (Féré et Huet, Gradenigo)[3], l'asymétrie des deux oreilles, l'une par rapport à l'autre (*oreille de Blainville*). La *surdi-mutité* est aussi rangée par certains auteurs au nombre des stigmates de l'hérédité.

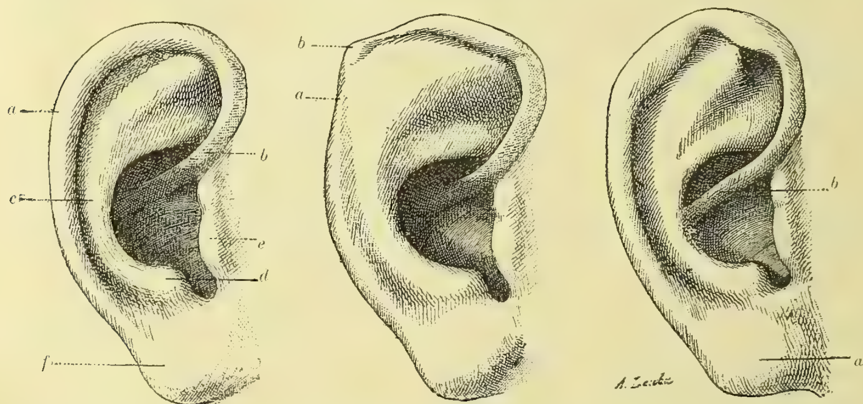


Fig. 55. — (D'après G. Ballet, *les Psychoses*).

Oreille normale. *a*, hélix ; *b*, racine de l'hélix ; *c*, anthélix ; *d*, tragus ; *e*, antitragus.

a, hélix non ourlé ; *b*, tubercule de Darwin.

a, lobule adhérent ; *b*, prolongement de la racine de l'hélix qui sépare la conque en deux parties.

Pour les *yeux*, les principales anomalies de développement sont : le strabisme, la cécité congénitale, les pupilles ovalaires à grand axe convergent vers la racine du nez, le coloboma de l'iris et de la choroïde, l'albinisme. Magnan a fait justement observer que, dans certains cas où il n'existe pas d'anomalies

[1] Voir principalement Féré et Séglas. *Contribution à l'étude de quelques variétés morphologiques du pavillon de l'oreille humaine*. Revue d'anthropologie, 1886. Frigerio, *L'oreille externe*, Archiv. d'Anthropol. criminelle, 1888.

[2] Morel. *Atlas annexé au traité des dégénérescences*.

[3] Féré et Huet. *Soc. de Biologie*, 1885. Gradenigo, *C. R. du Congrès d'otologie de Paris*, 1889.

apparentes, l'ophtalmoscope peut en révéler dans le fond de l'œil, telles que les pigmentations irrégulières, l'insertion irrégulière de la choroïde au pourtour du nerf optique, les déformations de la papille, l'émergence irrégulière de l'artère centrale de la rétine, etc., anomalies qui n'entraînent pas habituellement des troubles sensibles de la vision[1].

3. Tronc. — Les malformations les plus importantes sont : le défaut de symétrie entre les deux moitiés du tronc, — le thorax très saillant, en *carène*, ou enfoncé, en *entonnoir*, — le développement exagéré des seins chez l'homme (*gynécomastie*) [2], l'absence de mamelles chez la femme, — le spina-bifida, — le bassin élargi, à forme féminine, chez l'homme ; — le rabougrissement de la taille, les hernies congénitales, le goitre « sont des anomalies qui coïncident ordinairement avec l'état dégénératif » (Morel).

4. Appareil génito-urinaire. — Il faut noter principalement, chez l'homme, l'*hypospadias*, l'*épispadias*, l'atrophie ou le développement exagéré de la verge, la verge « *en battant de cloche* » (Marandon de Montyel)[3], l'atrophie ou l'absence des testicules; chez la femme, l'imperforation et le cloisonnement du vagin, l'utérus bicorne, etc. ; — enfin, l'*hermaphrodisme*.

5. Membres. — La *syndactylie*, la *polydactylie*, le *pied bot* se rencontrent assez fréquemment.

6. Peau. — Les taches pigmentaires, les *nævi*, s'observeraient très fréquemment chez les dégénérés et les épileptiques (Féré). Le *vitiligo*, l'*ichtyose* ne sont pas rares. Les poils peuvent être anormalement développés (femmes à barbe)[4] ou absents, etc.

7. — G. Ballet ajoute avec raison aux anomalies du développement qui s'observent chez les dégénérés, l'*infantilisme* et le *nanisme*. L'infantilisme, qui a été décrit par Lasègue et Lorain, est caractérisé, comme son nom l'indique très bien, « par le développement incomplet de l'individu, qui conserve un aspect infantile jusque dans l'âge adulte ; les formes sont mal dessinées, la taille plutôt petite, le système pileux rudimentaire, les organes génitaux peu volumineux, la voix grêle » (Ballet)[5]. Les infantiles peuvent présenter d'ailleurs un degré d'intelligence assez élevé. — Le nanisme n'est pas seulement caractérisé par la petitesse de la taille, il s'accompagne ordinairement d'un faible développement intellectuel, de conditions organiques défectueuses, de rachitisme, etc., et la vie de ces sujets n'atteint pas généralement une longue durée. Il ne faut pas oublier, cependant, que l'*infantilisme* et le *nanisme* dépendent parfois d'une

[1] Magnan. *Des signes physiques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire*, Annal. méd.-psych., janvier 1886.

[2] E. Laurent. *Les gynécomastes*, th. Paris, 1888.

[3] Marandon de Montyel. *Les anomalies des organes génitaux externes chez les aliénés*, Archiv. d'anthropol. criminelle, 1895.

[4] E. Dupré. *Communicat. au Congrès de Limoges*, août 1901.

[5] *Les psychoses*, loc. cit.

cause moins vague que la *dégénérescence*, et, par exemple, de la tuberculose, de la syphilis héréditaire (Fournier), surtout du *myxœdème* (Brissaud, Hertoghe, Ausset).

Un grand nombre d'*anomalies des organes internes* (transpositiou des viscères, malformations des organes génitaux internes, persistance du trou de Botal, etc.) sont considérées comme des stigmates de dégénérescence.

A côté des malformations anatomiques, nous avons signalé chemin faisant un certain nombre de *troubles fonctionnels*, comme le bégaiement, le strabisme, etc. ; il faut y ajouter les *tics* musculaires spasmodiques et aussi la *miction nocturne* qui, chez les enfants nerveux, peut se prolonger jusqu'à dix et douze ans.

Les malformations diverses, les arrêts de développement et les troubles fonctionnels que nous venons d'indiquer sont surtout nombreux et graves chez les sujets placés aux degrés inférieurs de l'échelle, chez les idiots. C'est sur ces malades que l'on constate de préférence les grosses déformations de la tête et des membres. Chez les simples débiles et chez les sujets d'un niveau intellectuel élevé, on observe des anomalies moins apparentes, mais aussi plus importantes pour le diagnostic : malformations de l'oreille et de la voûte palatine, anomalies du fond de l'œil, asymétries diverses, etc. Elles doivent être recherchées avec soin, car elles peuvent mettre sur la voie d'un désordre mental peu ou pas apparent. Mais il importe d'ajouter que ces anomalies légères n'ont une réelle importance, comme signes de dégénérescence, que si elles sont *multiples*. Un sujet dont l'oreille est mal ourlée ou dont la voûte palatine est irrégulière ne saurait, de par cet unique symptôme, être considéré comme un « dégénéré ». La plupart des auteurs ont insisté sur ce point. On a même cherché à déterminer le nombre des anomalies nécessaires pour constituer légitimement la dégénérescence ; d'après Naecke (*loc. cit.*), il n'en faudrait pas moins de *six*. Mais on comprend ce qu'a d'artificiel une semblable évaluation. De plus, ces malformations peuvent parfaitement se rencontrer indépendamment de toute défectuosité mentale saisissable ; un cerveau fonctionnant d'une façon normale peut fort bien être logé dans un crâne dont le développement est irrégulier. Magnan a plusieurs fois montré que les *stigmates physiques*, lorsqu'ils sont peu nombreux, n'ont qu'une signification incertaine. Une statistique comparée, faite par G. Ballet (*loc. cit.*) sur les malades de l'hôpital Saint-Antoine et sur ceux de l'asile Sainte-Anne, a montré qu'ils étaient seulement environ deux fois plus nombreux à l'asile qu'à l'hôpital. Rogues de Fursac, dans sa thèse déjà citée, arrive à des résultats analogues, etc. Il n'en reste pas moins que ces signes physiques, lorsqu'ils existent, sont une présomption en faveur d'un trouble dans le fonctionnement cérébral. A ce titre, ils méritent toujours d'attirer l'attention, ils doivent orienter l'observateur vers la recherche des tares psychiques, dont la constatation est indispensable pour affirmer l'existence de la prédisposition héréditaire ou de la dégénérescence.

Chez les idiots, les diverses anomalies que nous avons énumérées, celles de l'ordre psychique comme celles de l'ordre somatique, sont dues à des lésions grossières, ou, tout au moins, appréciables de l'encéphale (ramollissements,

scléroses, porencéphalie, hydrocéphalie, ossifications prématurées, etc.). La distribution, l'étendue, le degré très variable de ces lésions expliquent l'irrégularité et le polymorphisme des troubles observés, elles permettent de comprendre, par exemple, la conservation de certaines aptitudes remarquables chez des sujets d'ailleurs très abaissés : l'idiot danseur, calculateur, à mémoire surprenante, etc. Il suffit pour cela que les centres correspondants soient épargnés.

Chez les imbéciles, moins profondément touchés au point de vue organique, les aptitudes particulières peuvent atteindre un développement considérable, elles s'hypertrophient en quelque sorte, tandis que les facultés intellectuelles dans leur ensemble se sont atrophiées ; c'est aux sujets de cet ordre que F. Voisin appliquait la dénomination de *génies partiels*.

On ne peut pas invoquer l'existence de grosses lésions anatomiques pour expliquer le développement des irrégularités, des bizarreries de toute espèce qui caractérisent les sujets déséquilibrés, mais beaucoup plus élevés intellectuellement que les idiots et que les imbéciles. Mais il est certain que ces désordres sont en rapport avec des modifications, soit organiques, soit dynamiques, irrégulièrement distribuées et laissant également intacts certaines régions cérébrales, certains centres plus ou moins nombreux. Le résultat est toujours un défaut d'équilibre dans le fonctionnement du système nerveux, la prédominance ou même l'indépendance de quelques centres par rapport aux autres, substituée à l'harmonie et à la synergie qui sont caractéristiques de l'état normal.

CHAPITRE II

ÉTATS MORBIDES CONTINUS DU CARACTÈRE

Les états désignés sous les noms de *Folie morale*, de *Manie raisonnante*, se caractérisent plutôt, nous l'avons dit, par des lésions des sentiments et de la volonté que par une altération des facultés intellectuelles proprement dites. Tandis que la conduite et les actes du malade trahissent le désordre de son esprit, les facultés logiques et de raisonnement sont conservées, il n'y a pas ou il n'y a qu'accidentellement un *délire* véritable.

C'est de là que naissent tous les conflits d'interprétation, au sujet de l'état réel de ces malades, entre les spécialistes et ceux qui sont étrangers à l'étude des maladies mentales. Ni l'interrogatoire, ni la conversation des malades ne peuvent révéler le trouble profond de leur esprit, surtout, et c'est toujours le cas au moment d'une expertise, quand ils se tiennent sur leurs gardes. Tout au plus peut-on, au moyen de ces procédés sommaires d'investigation, reconnaître des étrangetés, des bizarreries qui ne semblent pas légitimer un internement. Or, le *délire*, la *divagation* caractérisée, est à peu près le seul critérium de l'aliénation mentale pour le public et pour les magistrats eux-mêmes. Aussi, en présence d'un sujet qui ne délire pas, ne peuvent-ils admettre la réalité d'une maladie mentale que par un véritable acte de foi en l'affirmation du médecin aliéniste.

C'est qu'il est indispensable, pour apprécier l'état morbide des raisonnants, de vivre avec eux ou, tout au moins, de connaître leur existence en détail ; la vie de tous les jours ne tarde pas à mettre en lumière leurs innombrables défectuosités mentales. On s'aperçoit alors que, partout et toujours, ces sujets sont en opposition avec les règles constitutives de la famille et de la société. Toujours en dehors de ces règles ou en révolte contre elles, ils sont constamment une cause de désordre, partout ils apportent le trouble et souvent le péril, dans la famille comme à l'école, comme au régiment et dans la société : ils sont par excellence *antisociaux*.

Ils sont bien différents des criminels et des simples vicieux, qui, eux aussi, se mettent en opposition avec les lois sociales. Ceux-ci, en effet, font le mal en connaissance de cause, pour la satisfaction d'un intérêt défini, d'une passion déterminée ; dans leurs actes délictueux, la volonté et le calcul ont toujours une part appréciable. Chez les aliénés raisonnants, au contraire, la volonté réfléchie n'intervient que rarement dans leurs écarts de conduite. C'est en vertu de leur constitution mentale défectueuse, de la perversion de

leurs sentiments et de leurs instincts, c'est poussés par la fatalité morbide qu'ils agissent. Ils ne voient pas les choses, ils *ne les sentent pas* comme l'individu normal. Aussi, et comme conséquence de cette erreur constante d'appréciation, nuisent-ils à eux-mêmes autant et plus qu'ils nuisent à autrui. Par là se trahit une insuffisance intellectuelle qui n'apparaît pas dans leurs discours ; c'est une véritable *imbécillité* jointe à leurs instincts malfaisants ; le *jugement* leur fait complètement défaut. Sans doute, l'intelligence, même très développée, ne suffit pas à nous maintenir toujours dans la bonne voie, le « video meliora proboque, deteriora sequor » du poète latin est éternel dans l'humanité, mais il est cependant incontestable qu'une conduite perpétuellement préjudiciable à soi-même comme à autrui est incompatible avec une intelligence intacte. Aussi, les aliénés raisonnants, même lorsqu'ils sont doués de quelques facultés brillantes, ne peuvent-ils mener à bien une œuvre de quelque importance ; ils restent toujours à mi-chemin, ce sont de perpétuels *ratés*.

Comme ils sont, d'autre part, très ombrageux et très vaniteux, ils offrent des conditions particulièrement favorables au développement des *idées de persécution ;* en fait, ces idées existent à peu près constamment chez eux. Dans les innombrables difficultés où les jettent leur défaut de jugement et leur fausse vision des choses, ils accusent les autres au lieu de s'accuser eux-mêmes ; ils voient partout la malveillance et l'hostilité : les parents, obligés de prendre à leur encontre des mesures de protection, sont des parents dénaturés qui ne les aiment pas ; les médecins qui les déclarent malades et les juges qui ne font pas droit à leurs réclamations sont, les uns et les autres, des méchants et des prévaricateurs, etc., etc.

En dehors de la lésion des sentiments et des instincts, il est encore un symptôme qui, aux yeux mêmes des moins prévenus, met nettement en lumière l'état de maladie de ces sujets. Nous voulons parler des *alternatives d'excitation et de dépression* qu'ils présentent presque toujours, sans que l'on puisse les attribuer aux conditions du milieu où ils vivent. Ces alternatives se succèdent ordinairement avec brusquerie, et l'intensité de la dépression va fréquemment jusqu'au mutisme et jusqu'au refus des aliments.

A. — **Manie raisonnante**.

La Manie raisonnante, qui a donné lieu à des discussions si nombreuses et si contradictoires, n'est pas une maladie autonome et distincte. Depuis les travaux des deux Falret, de Morel, de Marcé, de Magnan, et malgré les efforts de Campagne, qui voulait maintenir l'individualité de cette affection, la manie raisonnante ne peut plus être considérée qu'à deux points de vue : soit comme une phase transitoire de certaines maladies mentales (phase d'excitation des psychoses périodiques, période prodromique de la paralysie générale) ; — soit comme une manière d'être des sujets déséquilibrés, des héréditaires, des dégénérés, dont nous avons décrit l'état mental. C'est seulement à ce dernier point de vue que nous en parlons ici. La manie raisonnante

représente, chez les sujets en question, l'exagération maladive, plus ou moins intense, de cette excitabilité qui constitue l'un des caractères importants de leur état normal. A ce titre, à peine mérite-t-elle (Legrain) une description spéciale. La *manie raisonnante* établit une transition entre l'état normal des prédisposés, des déséquilibrés et le délire véritable ; les maniaques raisonnants atteignent au délire par les idées orgueilleuses et hypocondriaques qu'ils présentent à peu près constamment, et aussi par les *paroxysmes* d'excitation désordonnée qui apparaissent chez eux sous diverses influences.

La manie raisonnante est caractérisée essentiellement par la suractivité des facultés intellectuelles et morales avec besoin incessant de mouvement et tendance souvent irrésistible aux actions bizarres, désordonnées et nuisibles (Dagonet, Marcé, Campagne). « L'individu semble moins privé de sa raison et de son jugement que de la possibilité de diriger ses actes » (Dagonet).

« Les maniaques raisonnants, dit Campagne[1], ont tous une sensibilité morale vive, exagérée et très mobile. La moindre chose, la plus légère émotion, la plus petite discussion, les anime, les passionne, les exalte outre mesure... Un rien les surexcite... Ils s'enivrent pour ainsi dire en parlant... Leur exaltation apparaît et disparaît avec la plus grande facilité... Passant, sans transition aucune, d'un extrême à l'extrême opposé, ils plaident aujourd'hui avec chaleur une cause qu'ils dénigraient la veille, et qu'ils dénigreront encore le lendemain. Dans l'espace d'une seconde, ils changent d'avis sur les personnes et sur les choses, etc. » Mais, toujours d'après Campagne, les maniaques raisonnants se distingueraient du fou moral en ce que « leur sensibilité morale toujours mobile, fantasque, irrégulière, tantôt affaissée, tantôt exaltée, n'est jamais pervertie, et leurs goûts, marqués au coin de l'originalité ou de l'extravagance, ne vont jamais jusqu'à la perversion ». Ils ne présenteraient, notamment, ni aberrations sexuelles contre nature, ni impulsions homicides ou suicides. Cependant, si les instincts et les sentiments de ces malades ne sont pas pervertis, ils sont profondément troublés. Le sentiment des idées d'ordre, de religion, de justice, de moralité, leur manque complètement, dit Campagne : « Ce sont de vrais idiots sous ce rapport ». La notion de moralité se confond pour eux avec celle de leur intérêt actuel. Ils sont menteurs et cruels, le vol leur semble chose très naturelle : « Le maniaque raisonnant n'est autre chose qu'un amas de passions et de mauvaises qualités gravitant autour d'un orgueil immense » (Campagne). On voit qu'en réalité Campagne confond à peu près dans sa description la manie raisonnante et la folie morale.

La volonté débile des maniaques raisonnants les laisse sans aucune défense contre les tentations, même quand leur intérêt est en jeu : « On les voit obéir aux entraînements les plus contraires. La première idée qui traverse leur esprit, le moindre fait qui frappe leur regard devient une cause puissante d'excitation qui les porte tout à coup aux actes les plus regrettables[2]. »

Certains d'entre eux tombent dans une véritable misanthropie ; ne voulant

[1] *Traité de la manie raisonnante*, Paris, Masson, 1869, p. 89 et suiv.
[2] Dagonet. *Traité des maladies mentales*, 1894, p. 441.

voir personne, pas même leurs parents, ils s'enferment chez eux, y prennent leurs repas solitaires, laissent croître leurs cheveux et leur barbe en broussaille, ne changent jamais de vêtements et vivent dans la plus affreuse saleté, etc.

L'intelligence est moins atteinte, moins désordonnée que les sentiments. Les facultés logiques sont conservées, et ces malades excellent même à trouver des arguments justificatifs à leurs actes les plus fâcheux. Ils sont bavards, prolixes, ils fatiguent par leurs raisonnements intarissables, à ce point que Billod les appelait des *raisonneurs* plutôt que des raisonnants. Mais, dans leur langage, dont l'ensemble reste correct, rien ne trahit d'abord (sauf à certaines périodes) un trouble intellectuel. Ils écrivent autant qu'ils parlent, et on retrouve dans leurs écrits la même prolixité, la même abondance inutile et fatigante que dans leur conversation ; on y retrouve surtout le même ton d'assurance imperturbable et le même étalage du *moi*. Le maniaque raisonnant est plein du sentiment de sa personnalité ; il n'admet ni les conseils ni les contradictions, et, si l'on discute avec lui, ses arguments préférés sont l'injure et la menace.

En examinant de plus près ces malades, on ne tarde pas à reconnaître que cette activité exubérante, étendue à toutes les manifestations mentales, repose sur un désordre très réel de l'intelligence, désordre qui, pour être moins grand que celui des états maniaques vrais, n'en est pas moins évident à un observateur attentif et qui compare.

Ils éprouvent une sorte d'ébullition, de fermentation intérieure. Les idées, les projets les plus divers, les plus imprévus se succèdent et se remplacent dans leur esprit. Ils passent de l'un à l'autre sans préparation, sans mesure et sans logique. Ils entreprennent brusquement de longs voyages, sans aucun motif plausible, pour le seul plaisir du changement et du mouvement. Tout à l'impression du moment, pour eux le premier mouvement est toujours le bon, ils s'irritent si on leur demande de réfléchir, ils vont de l'avant sans examiner les difficultés de l'entreprise ou les convenances d'autrui. Comme ils sont démunis de tous les préjugés qui pourraient les gêner, le désir leur tient lieu de règle et de morale. Mais les difficultés qu'ils n'avaient pas prévues les rebutent facilement, leur humenr change et ils abandonnent une entreprise aussi promptement qu'ils l'avaient commencée.

Mais, comme tout est contraste chez eux, il arrive parfois qu'ils s'acharnent malgré tout dans un projet irréalisable et qu'ils déploient inutilement une activité et une ingéniosité très grandes, fatiguant tout le monde de leurs démarches indiscrètes, prenant avec les personnes qui se trouvent en relations avec eux des libertés excessives. S'ils n'obtiennent pas satisfaction, ils discutent âprement, ils se fâchent, se posent en victimes, et souvent ils cherchent à se venger.

Le paradoxe les attire, l'idée fausse ou chimérique exerce sur eux un attrait particulier, et tout le travail intellectuel qu'ils fournissent involontairement aboutit au néant ou à l'absurde. Pour peu qu'on les étudie attentivement, ces malades ne peuvent faire longtemps illusion. Sous le

brillant de leur parole, sous la vivacité quelquefois très grande de leurs réparties, ne tardent pas à apparaître un bavardage sans but comme sans fin et une véritable indigence de pensée. On ne tarde pas à s'apercevoir que ces apparences brillantes sont dues pour la plus grande part à un afflux de souvenirs que la mémoire surexcitée leur fournit automatiquement. Les souvenirs de ce qu'ils ont lu ou entendu leur reviennent en foule, ils placent plus ou moins heureusement des mots et des tirades ; de ces fragments empruntés, ils composent à profusion des discours, des lettres, des poésies, mais, à tout cela, il manque le lien logique, la notion des rapports, la mise au point, en un mot, la pensée réfléchie et personnelle.

Une autre preuve de leur incohérence intellectuelle, c'est la contradiction fréquente entre les idées et les actes ; les seconds sont rarement la conséquence logique des premières, et, en général, ils sont beaucoup plus bizarres, irréguliers, excentriques.

Enfin, les maniaques raisonnants présentent parfois de véritables idées délirantes. Les plus fréquentes sont des *idées de grandeur :* les malades se disent appelés à jouer un rôle éminent dans le monde, ils se croient investis d'une haute mission, ils s'intitulent réformateurs, prophètes, etc. Quelquefois aussi, ils ont des idées fixes de *persécution,* des préoccupations *hypocondriaques* affectant à certains moments les caractères et l'intensité des conceptions délirantes proprement dites.

La manie raisonnante n'est pas un accident dans la vie des malades ; elle constitue une manière d'être qui dure très longtemps, quand elle ne persiste pas jusqu'à la mort du sujet. Mais elle présente de notables différences dans ses manifestations, elle a une allure *rémittente.* Pendant les rémissions, le malade reste un déséquilibré, un anormal, mais seules les personnes qui vivent avec lui peuvent soupçonner son état réellement pathologique, car il excelle, dans ces moments de calme, à dissimuler ses incorrections et tout ce qu'il sait pouvoir lui nuire dans l'esprit d'autrui. Ce sont ces périodes de rémission qui donnent lieu à tant de difficultés, quand le maniaque raisonnant soulève des contestations qu'il soutient avec logique et avec les apparences de la raison. Pendant les *paroxysmes,* au contraire, l'exaltation intellectuelle s'accompagne d'un certain trouble dans l'association des idées, d'une légère incohérence dans les paroles comme dans les écrits, les unes et les autres d'une abondance excessive. Le besoin de mouvement et d'action prend des proportions extrêmes, il va quelquefois jusqu'à l'agitation caractérisée, jusqu'à la violence. Mais Campagne observe fort justement que cette « agitation a quelque chose de spécial. Elle est en partie volontaire... Sans dominer leur agitation, ces malades peuvent en effet la modifier dans sa forme, au gré de leurs désirs. Ils lui donnent la tournure qu'ils veulent lui imprimer et l'approprient pour ainsi dire, et avec une certaine habileté, au but qu'ils se proposent [1]. » Pendant ces paroxysmes également, les malades

[1] Campagne. *Loc. cit.,* p. 194.

perdent de leur présence d'esprit, de leur habileté à dissimuler, et c'est alors que leurs idées de grandeur se font jour avec le plus de netteté.

Le maniaque raisonnant n'a, à aucun degré, la conscience de son état de maladie. Il s'irrite violemment si l'on paraît contester ses idées ou contrecarrer ses projets. Très vaniteux, il croit qu'on lui en veut, qu'on le persécute dès que l'on ne l'encourage pas, et, sous l'influence de ces idées plus ou moins nettes de persécution, il réagit parfois par des actes de violence, ou par des dénonciations en justice. Si on les interne, ces malades deviennent pour leur famille et pour les médecins une cause d'ennuis et de difficultés quelquefois très graves. Leur intelligence paraissant peu atteinte, ils peuvent passer pour sains d'esprit aux yeux des personnes incompétentes qui ne les voient qu'un moment, ils en imposent au public et souvent aux magistrats. Un bon nombre de prétendues séquestrations arbitraires sont relatives à des maniaques raisonnants.

La manie raisonnante est susceptible d'accalmies, de rémissions incomplètes plus ou moins longues, mais elle ne comporte pas de véritable guérison.

B. — Folie morale.

On a souvent confondu les expressions *folie morale* et *folie raisonnante* pour désigner un groupe d'états morbides caractérisés plutôt par une altération des sentiments, de la volonté et des actes que par un trouble intellectuel proprement dit ; les troubles intellectuels, les délires peuvent s'y rencontrer, mais d'ordinaire c'est seulement à titre d'épisode, de manifestations transitoires, tandis que les désordres du sentiment et du caractère y sont constants et primordiaux.

Dans ce groupe confus, l'analyse clinique a distingué un certain nombre d'états particuliers, ayant une individualité suffisante pour se prêter à une description séparée ; tels sont : la *manie raisonnante,* le délire des *persécutés-persécuteurs,* les *obsessions,* etc. On a conservé la dénomination de *folie morale* pour désigner un autre de ces états, essentiellement caractérisé par une perversion profonde des sentiments et des instincts, sans délire intellectuel véritable. Ainsi comprise, la *folie morale* que nous allons décrire a une signification précise et beaucoup plus restreinte que celle qu'on lui a souvent attribuée ; elle n'est plus synonyme de *folie raisonnante,* puisqu'elle ne comprend qu'une des modalités cliniques ayant servi à constituer celle-ci ; elle diffère de la *manie raisonnante,* en ce qu'elle ne s'accompagne pas nécessairement, comme celle-ci, d'excitation intellectuelle et aussi en ce qu'elle suppose, non pas seulement un trouble quelconque du caractère, mais de véritables perversions instinctives et l'impossibilité d'acquérir des conceptions morales ou plutôt des sentiments moraux ; elle correspond à une défectuosité mentale plus profonde (véritable *idiotie morale*) et, par ses manifestations, elle se rapproche davantage de la *criminalité.*

Grohmann (1819) paraît avoir été le premier à décrire l'*idiotie morale,* et

c'est l'anglais Prichard qui, en 1835, a décrit et dénommé la *folie morale* (moral insanity[1]).

Certains auteurs (Krafft-Ebing, Schüle, etc.) distinguent dans la *folie morale* une forme *originelle* ou congénitale, par arrêt de développement psychique, et une forme *acquise*, par suite d'altérations graves du cerveau. Dans le premier cas, la cause de cet état est le plus souvent héréditaire, et l'on retrouve surtout, chez les ascendants, l'aliénation mentale, l'alcoolisme invétéré ou l'épilepsie ; nous savons cependant que les affections intra-utérines ou infantiles peuvent avoir la même influence que l'hérédité. Dans le second cas, l'état de folie morale pourrait être déterminé par diverses causes, dont les principales sont les traumatismes cérébraux, l'épilepsie, l'hystérie, les psychoses périodiques, les excès alcooliques ou vénériens, la paralysie générale, la sénilité. Il est certain que toutes ces affections, et d'autres encore, sont susceptibles de déterminer des perversions morales plus ou moins profondes, de la même manière que des troubles psychiques de toute autre nature. Mais ce sont là de simples symptômes accessoires, incapables à eux seuls de caractériser la maladie, et il nous semblerait abusif d'appliquer à ces symptômes l'épithète de *folie morale*. Nous la réserverons à un état congénital dont les manifestations apparaissent dès l'enfance, et qui conserve ses caractères généraux pendant toute sa durée ; cet état constitue une manière d'être permanente des sujets à prédisposition apparente, des héréditaires, des dégénérés ; il résulte de l'exagération, dans un sens particulier, de quelques-unes de leurs dispositions naturelles.

Les fous moraux manifestent le plus souvent dès l'enfance leurs tendances perverses. Profondément égoïstes et défiants, d'une sécheresse de cœur absolue, « ces enfants, dit très bien Schüle, n'ont rien de l'enfant ». Ils n'aiment personne, les caresses les importunent, ils sont insensibles aux réprimandes comme aux éloges, à la douleur comme à la joie de leurs parents ; la désobéissance et le mensonge sont pour eux comme une nécessité à laquelle ils ne peuvent se dérober. Très vaniteux, déjà pleins de leur petite personne, ils ne peuvent tolérer une direction quelconque et ils prennent le contre-pied de ce que l'on cherche à obtenir d'eux. Ils sont facilement irritables ; pour la moindre contrariété, ils ont de violents accès de colère qui s'accompagnent de mouvements impulsifs plus ou moins dangereux. Jaloux, rancuniers, vindicatifs, ils cherchent à faire du mal à ceux dont ils croient avoir à se plaindre, et ils sont fort capables de préparer sournoisement et patiemment leur vengeance, qu'ils poussent jusqu'à la férocité. Mais ils sont tout aussi méchants à froid, sans motif aucun ; ils se plaisent à torturer les animaux, à battre leurs camarades plus faibles ; Pinel parle d'un enfant qui jeta à l'eau un de ses camarades pour une discussion futile et le repoussa du bord auquel il se cramponnait. A l'école, ils sont extrêmement paresseux, de sorte qu'ils n'apprennent rien et qu'ils restent les derniers de leur classe ; au lieu de travailler, ils passent leur temps à faire des misères à leurs maîtres, à voler leurs condisciples, à les

[1] Prichard. *Treatise on insanity and other disorders affecting the mind*. London, 1835.

dénoncer à l'occasion ou même à les accuser sans raison ; ils se font ainsi renvoyer de tous les établissements. Ni la douceur ni la violence ne peuvent venir à bout de leur caractère ingouvernable, toujours prêt à la révolte, et souvent les parents en sont réduits à les placer dans des établissements spéciaux de répression ou même dans des maisons de correction, d'où ils sortent d'ailleurs plus vicieux encore.

Quelques enfants atteints de folie morale manifestent, au lieu de tendances irritables et violentes, une apathie profonde, une véritable inertie physique et morale : ils ne font rien, ne jouent même pas, ne quitteraient pas leur lit si on ne les y obligeait, se refusent aux soins de propreté les plus élémentaires, etc.

Ces différences dans le mode de réaction peuvent être assez constantes et assez durables pour que l'on ait admis (Krafft-Ebing, Schüle) une forme *irritable* et une forme *apathique ou torpide* de folie morale. Les perversions des sentiments et du sens moral sont d'ailleurs également développées dans l'une et l'autre de ces formes.

L'*instinct génital* donne lieu chez ces enfants à des manifestations précoces et très souvent anormales. Ils se masturbent de bonne heure, parfois avec acharnement, mais, en vertu de leurs tendances perverses, l'onanisme solitaire ne leur suffit pas ; ils initient à leur vice leurs camarades de jeux ou de classe, et ils deviennent ainsi des agents de corruption très dangereux. Il n'est pas rare d'observer chez eux des perversions, des aberrations sexuelles plus ou moins caractérisées. On sait d'ailleurs, d'une manière générale, que les anomalies du sens génésique se développent habituellement dans les mêmes conditions que la folie morale.

Un autre symptôme que présentent souvent dès l'enfance les fous moraux, mais qui ne leur est pas aussi spécial, c'est la tendance au vagabondage. Ils quittent la maison de leurs parents, ils s'évadent de leur pension pour aller à l'aventure, vivant de maraudage, de mendicité ou de vol, suivant les circonstances, jusqu'à ce que la fatigue ou le manque de nourriture les forcent à s'arrêter, ou bien jusqu'à ce que leur famille les ait enfin retrouvés. Dans les grandes villes, ils trouvent le moyen de satisfaire à la fois leur passion de vagabondage, leur goût du vol et du gaspillage, et leurs appétits de débauche en se mêlant à de véritables criminels pour former ces bandes de malfaiteurs précoces dont la police correctionnelle et même la cour d'assises nous révèlent si fréquemment les exploits.

La *puberté* a pour effet ordinaire d'accentuer toutes ces mauvaises tendances, mais elle a une influence particulière sur les préoccupations génésiques, qui passent dès lors au premier plan, sinon d'une manière définitive, du moins pour une période plus ou moins longue. La violence du penchant sexuel s'accroît, le malade se montre cynique et brutal dans sa satisfaction, et les perversions s'accusent quand elles existaient déjà, ou bien elles apparaissent à ce moment. Nous avons dit que les symptômes de la folie morale se montrent habituellement dès la première enfance, mais il n'en est pas toujours ainsi, et parfois c'est seulement à la puberté qu'ils apparaissent, chez des sujets à peu près corrects jusque-là.

A mesure qu'ils se rapprochent de l'âge adulte, les instincts vicieux de ces malades ne font que se développer. Incapables de se fixer, de s'astreindre à une vie régulière, l'époque du service militaire est pour eux une épreuve d'où ils sortent rarement à leur honneur; ils se révoltent contre leurs chefs et contre les règlements, ils se querellent avec leurs camarades, ils accumulent les punitions, se font traduire en conseil de guerre, passent aux compagnies de discipline ou désertent, etc. Leur humeur instable, leur goût du changement et des aventures les poussent à modifier sans cesse leur existence, à exercer successivement une foule de professions, à fréquenter, en compagnie de déclassés de toute espèce, des milieux interlopes et souvent inavouables, à faire de longs voyages très accidentés dans des pays lointains et peu connus. Malhonnêtes en affaires, comme ils sont en même temps peu pratiques et mal préparés, ils réussissent rarement et aboutissent d'ordinaire à la faillite. Ils exploitent leur famille et leurs relations, se livrent à toute sorte d'escroqueries, achètent des marchandises qu'ils ne payent pas, et les revendent à vil prix. Pour se procurer les ressources nécessaires à leurs goûts de dépense et de dissipation, ils ont recours aux expédients les plus méprisables, ils en arrivent parfois à vivre de la prostitution. Tout cela leur paraît d'ailleurs très naturel, le sens moral étant complètement oblitéré chez eux. Ils ne souffrent que d'une chose, à savoir du manque d'argent qui les empêche de se livrer aux excès qu'ils affectionnent : la boisson, le jeu, la débauche. S'ils sont mariés, ils abandonnent femme et enfants après avoir dévoré toutes les ressources du ménage, ils s'affichent avec des femmes de mauvaise vie. Ce sont, à tous les points de vue, de véritables *fléaux de famille.*

Les femmes atteintes de folie morale se montrent avides de plaisirs et de toilettes. A ces goûts, elles sacrifient toute dignité et toute pudeur. Avant le mariage, elles se compromettent dans les aventures les plus risquées, elles se font enlever, etc. Plus tard, elles rendent la vie impossible à leur mari, elles le ruinent par leurs folles dépenses, elles se font entretenir si elles en trouvent l'occasion ; elles sont aussi mauvaises mères qu'épouses détestables. Le plus souvent, elles ont horreur des enfants et de la maternité ; devenues enceintes, elles invectivent leur mari, elles cherchent à se faire avorter, elles sont les clientes habituelles des *faiseuses d'anges*. Si, malgré tout, elles deviennent mères, elles négligent leurs enfants, elles les battent, les martyrisent. La répugnance pour le mari s'accommode fort bien de penchants génésiques violents, tantôt normaux malgré leur exagération, tantôt pervertis (saphisme, onanisme) et même d'une jalousie féroce. L'aboutissant ordinaire de ces ménages est la séparation, le divorce ou un drame sanglant. Il n'est pas rare de voir les penchants érotiques persister chez les femmes de cette catégorie, jusque dans la vieillesse et les faire tomber au dernier terme de la dégradation.

Cette existence maladivement accidentée conduit les fous moraux devant la justice et, parfois, en prison ; il n'est pas toujours facile, en effet, à un magistrat, de reconnaître l'existence d'un trouble mental réel et profond chez l'auteur d'un délit qui ne présente aucun désordre intellectuel apparent. Il y a là des problèmes de médecine légale souvent fort difficiles, et sur lesquels les alié-

nistes eux-mêmes ne sont pas pleinement d'accord, certains persistant à considérer comme de simples vicieux, passibles des répressions légales, ces sujets que d'autres regardent comme des malades relevant de l'asile d'aliénés [1].

Dans d'autres circonstances, les fous moraux aboutissent sans contestation à l'asile. Sous l'influence d'excès variés et surtout d'abus de boisson, ces malades ont assez souvent des accès de délire caractérisé, formé d'un mélange d'idées de persécution et de grandeur, généralement vagues, accompagnées ou non des symptômes de l'intoxication alcoolique. Ces idées délirantes ne sont que l'exagération de la vanité excessive et de la défiance qui font partie de leur état mental ordinaire. On observe encore chez eux des crises de dépression et de mélancolie véritable. Assez souvent, il y a une sorte d'alternance entre l'excitation et la dépression.

Dans la plupart des cas, le fou moral est aussi inconscient de son état de maladie que le maniaque raisonnant. Ainsi que nous l'avons déjà dit, l'absence de sensibilité morale les empêche de sentir à quel point ils diffèrent des individus normaux, et leur intelligence, quoique moins troublée, est faussée et généralement peu développée ; elle ne [peut suppléer à l'insuffisance du sens moral. Quelquefois cependant, ils ont une certaine conscience de leurs anomalies, mais ils sont toujours incapables, par faiblesse de volonté, de résister à leurs tendances impulsives vers le mal.

D'après Legrain [2], on n'observerait dans la folie morale ni obsessions ni impulsions; ces sujets s'opposeraient ainsi aux dipsomanes, aux kleptomanes, aux meurtriers impulsifs qui boivent, qui volent, qui tuent sous l'influence d'impulsions irrésistibles dont ils ont conscience. S'il est exact de dire que les fous moraux ne présentent pas d'ordinaire ces *impulsions conscientes* si caractéristiques, on ne peut guère contester les tendances irrésistibles qui poussent ces malades à commettre les actes excentriques ou délictueux dont leur existence est remplie ; l'impulsion irrésistible vers le mal est à la fois l'explication de leur conduite et son excuse. La différence consiste en ce que les impulsions des fous moraux ne sont pas conscientes ou ne le sont que peu, et aussi en ce que l'impulsion est peut-être moins énergique : si le sujet ne peut y résister, cela tient principalement à l'absence de tendances opposées (vers le bien), de sorte qu'une impulsion même faible, n'étant plus contrebalancée, devient vraiment irrésistible. D'ailleurs, Legrain fait une exception pour « les perversions et les aberrations du sens génital », qui sont bien des impulsions et qui, dit-il, « rentrent dans la folie morale [3] ».

L'*intelligence* de ces malades paraît souvent à peu près correcte. Les facultés logiques sont conservées, et les fous moraux excellent même dans l'argumentation, surtout lorsqu'il s'agit de justifier leurs actes et leur conduite. Dans leur état ordinaire, ils présentent des *tendances délirantes* (surtout idées

[1] Voir, entre autres, une discussion à la Soc. méd.-psych., à propos de deux communications de Charpentier. *Les aliénés à séquestrations multiples*, Annal. méd.-psych., mai-juin 1892, et *Les délinquants dits irresponsables*, ibid., mars-avril 1896.

[2] Thèse citée.

[3] Legrain. Loc. cit., p. 101.

de persécution et préoccupations hypocondriaques). Mais le délire, lorsqu'il apparaît chez eux, est un accident, une complication produite par une cause particulière. L'intelligence est encore défectueuse, à d'autres points de vue. Elle est toujours inégalement développée, elle présente des lacunes, non pas seulement quant aux notions morales, mais aussi en ce qui concerne l'exacte appréciation des rapports, le bon sens, le *jugement*, en un mot, qui manque toujours à ces malades. En outre, l'intelligence est, dans le plus grand nombre des cas de folie morale, faiblement développée, incapable de résister à la volonté pervertie ; très souvent, ces sujets sont de véritables *débiles* intellectuels. Cet ensemble de tares atteint l'intelligence dans sa quantité et dans sa qualité et la rapproche, ainsi que tous les auteurs en ont fait la remarque, de l'intelligence des imbéciles.

Un point sur lequel Charpentier insiste fort justement[1], c'est l'anéantissement de l'activité intellectuelle « quand elle est sollicitée par d'autres excitants que les sentiments mauvais ».

Il est peu d'états morbides dans lesquels les malades soient aussi différents les uns des autres. Une description d'ensemble de la folie morale ne s'adapte jamais que dans ses grandes lignes aux cas particuliers. Si tous les fous moraux ont pour commune caractéristique la *perversion des sentiments et des instincts*, le degré de cette perversion est très variable. Chez un certain nombre d'entre eux, les tendances morales que nous transmet l'hérédité et que nous apportons tous en naissant sont congénitalement absentes ou ont été complètement détruites, après la naissance, par les causes que nous avons indiquées. Comme la rétine de l'aveugle, « l'organe moral de ces individus est insensible, ce sont des *aveugles moraux* » (Schüle) ; ils sont atteints d'un *daltonisme moral* (Maudsley) ; ce sont ces sujets qui méritent bien la dénomination d'*idiots moraux*, qu'on leur a depuis longtemps appliquée. Ils n'ont pas la notion du bien et du mal, ils manquent de tout sentiment altruiste, et leurs actes sont exclusivement déterminés par leurs appétits, par leurs tendances du moment. Si, en même temps, leur intelligence est très faible, ces malades ont une inconscience absolue. Mais la cécité morale peut coexister avec un développement intellectuel moyen ; les sujets sont alors capables d'acquérir la notion *théorique* de ce que le consentement commun appelle le bien et le mal, ils savent bien que le mensonge, que le vol, que l'assassinat sont des mauvaises actions ; mais ces mots ne correspondent chez eux à aucun sentiment, ils sont en réalité pour eux vides de sens, et ces notions théoriques, n'éveillant aucune sensibilité, sont absolument inefficaces à lutter, dans la pratique de la vie, contre les tendances égoïstes, seules vivaces. « On pourrait appeler ces derniers sujets, dit G. Ballet, des *anesthésiques du sens moral*. »

Les malades de la deuxième catégorie, les anesthésiques moraux, ont une conscience relative de leurs actes, mais cette conscience, toute théorique, ne s'éveille guère qu'après l'accomplissement de l'acte, alors qu'ils ont le loisir de se demander comment les autres le jugeront. Dans certains cas, formant

[1] Charpentier. *Les folies du caractère*. Annal. méd.-psych., janvier-février 1893.

une troisième catégorie, les sentiments moraux ne sont pas totalement absents, la notion du bien et du mal s'accompagne d'un certain degré de sensibilité morale. Ceux-là sont capables, dans une certaine mesure, de vouloir le bien, mais leur sensibilité morale et leur volonté sont trop faibles pour enrayer les tendances pathologiquement orientées vers le mal ; leur équilibre moral est rompu au profit des impulsions égoïstes, beaucoup plus puissantes que les tendances contraires ; ils présentent une véritable *asthénie morale*.

On comprend combien est sévère le *pronostic* d'un pareil état morbide ; la folie morale dure autant que la vie du malade. Cependant, on peut voir s'atténuer dans une certaine mesure l'extravagance des actes lorsque les malades arrivent à l'âge mûr, à l'âge où les passions se calment. Mais cette amélioration relative est toujours précaire, et les mauvais instincts se font jour à la première occasion.

Pour modifier d'une façon durable l'état mental des fous moraux, il faudrait pouvoir créer en eux les tendances dont ils sont dépourvus, il faudrait réaliser l'impossible. Aussi ne peut-on parler de *traitement* de la folie morale. Mais il est possible de réduire quelques-unes de ses manifestations, en supprimant les causes capables d'exalter et d'aggraver les tendances vicieuses : excès de tout genre, mauvaises fréquentations, lutte pour la vie, etc. L'internement, assez longtemps prolongé, est le seul moyen d'arriver à ce résultat. Il est encore l'unique moyen de protéger la société contre les actes extravagants et nuisibles de ces malades.

Deux exemples, l'un relatif à une fillette de douze ans, l'autre ayant trait à un homme suivi depuis son enfance, serviront à donner une idée concrète de la folie morale.

Le premier de ces faits est emprunté à Magnan[1]; il est plus particulièrement caractérisé par l'exaltation des tendances érotiques :

Georg., âgée de douze ans, ne présente aucun stigmate physique. Mais son état moral présente les difformités les plus invraisemblables.

Mise en pension assez jeune, elle s'y fait remarquer par son indiscipline, son peu d'aptitude et surtout par ses mauvais instincts. L'instinct génital est particulièrement excité, elle se masturbe, elle débauche ses petites camarades. A sa sortie de l'école, ces habitudes persistent et s'aggravent : elle fait de nombreuses fugues, elle vole sa mère, elle se livre aux plus sales débauches. Très malpropre, elle reste plusieurs mois sans se laver, sans se peigner ; elle buvait parfois de l'urine. Elle ment impudemment, elle provoque sa mère à des actes de lubricité. Très violente, il lui est arrivé de mordre sa mère aux mains et aux jambes, parce qu'elle lui avait adressé des reproches ; elle a eu l'idée de tuer sa mère, en lui administrant de la belladone, etc.

L'autre fait est encore plus caractéristique ; je ne donne ici que le résumé très bref de l'observation du malade, que j'ai pu suivre pendant plusieurs années.

[1] *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1882-1891.

E. appartient à une grande famille. Il a aujourd'hui quarante ans environ, et son état mental ne s'est pas sensiblement modifié. Jusqu'à la puberté, sa famille avait pu croire, par un aveuglement bien naturel, à de simples bizarreries du caractère chez cet enfant revêche, paresseux au dernier degré, indiscipliné et vicieux. Mais, à l'époque de la puberté, la situation empira au point que les parents, croyant toujours à des défauts de caractère et non à un état morbide, se décidèrent à le placer dans une maison de correction. L'état ne s'améliorant nullement, on le retire après un an ou deux. Alors commence une série, ininterrompue pendant de longues années, d'actes extravagants jusqu'à l'invraisemblance. Son père exerçait des fonctions très élevées. Un jour de grande réception, le jeune homme s'amuse à faire rouler, du haut de l'escalier, d'énormes vases de marbre, au moment où arrivaient les invités. D'une avarice sordide pour certaines choses, il gaspillait sottement d'autre part des sommes considérables. Chaque fois qu'on lui refusait de l'argent, il entrait dans des colères épouvantables et brisait tout dans la maison ; il lui arrivait souvent d'entrer, au milieu de la nuit, dans la chambre de sa mère, un gourdin à la main. Si sa mère ne cédait pas tout de suite à ses demandes d'argent, il l'accablait des injures les plus grossières (*vieille vache, salope*, etc.), il menaçait de la frapper de son bâton, il brisait les glaces, les bibelots, les meubles, poussant des cris terribles, etc. Plus tard, ses parents ayant dû se séparer de lui, il mène l'existence la plus insensée. Il faisait du jour la nuit, se levait à onze heures du soir pour se coucher au matin. Il donnait à ses draps de lit des noms d'homme (Hippolyte, Jules, etc.), et ne consentait à se coucher que dans ceux qu'il avait désignés et qu'on devait disposer d'une certaine façon. Il attirait chez lui des femmes galantes, puis les enfermait pendant plusieurs semaines ; il se plaisait à les tourmenter de mille manières, à les mordre, à les piquer avec une longue aiguille : c'était à la fois une satisfaction pour son instinct de méchanceté et un stimulant génésique (sadisme). Pour récompenser ses victimes, il leur donnait quelquefois des bijoux ; mais il écrivait aussitôt au commissaire de police pour se plaindre du vol de ces bijoux que l'on retrouvait en possession de la femme, laquelle devait les rendre sous peine d'être arrêtée, etc. Voulait-il aller au théâtre, il ne pouvait longtemps rester en place, pour une raison ou pour une autre : la pièce lui déplaisait, il faisait trop chaud, il se trouvait mal placé, son voisin le regardait d'un air déplaisant, etc., etc. Il se levait au beau milieu d'un acte, dérangeait tout le monde pour sortir précipitamment, et courait à un théâtre voisin, où la même scène se reproduisait, et ainsi de suite jusqu'à cinq ou six fois dans la soirée. Comme tous ces malades, il était extrêmement défiant et très préoccupé de sa santé, il manifestait souvent des idées de persécution plus ou moins précises et des idées hypocondriaques. Il restait des semaines entières sans quitter son lit, vivant littéralement dans l'ordure, etc. Il a fallu l'interner à plusieurs reprises. La discipline de la maison de santé l'obligeait à une existence régulière, il paraissait amélioré ; mais, à peine sorti, il retombait dans les mêmes désordres. Il a ainsi dévoré une très grosse fortune, se disant enchanté de ruiner son père, dont il était l'unique enfant. Débile intel-

lectuellement, extrêmement vaniteux, il présentait, en outre de ses innombrables tares mentales, plusieurs anomalies physiques du crâne et de la face.

Bibliographie. — Folie morale. Prichard. *Treatise on insanity and others disorders affecting the mind*, London, 1835, et *On the different forms of insanity in relations to jurisprudence*, London, 1842. — Morel. *Traité des maladies mentales*, Paris, 1860. — Trelat. *La folie lucide*, Paris, 1861. — J. Falret. *Folie raisonnante ou folie morale*, Annal. méd.-psych., 1866, in *Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Paris, 1890. — Krafft-Ebing. *Die Lehre von moral Wahnsinn*, 1871, et *Traité clinique de Psychiatrie*, traduct. française, Paris, 1897. — Maudsley. *Le crime et la folie*. Mendel, *Die moralische Wahnsinn*, 1876. — Savage. *Moral insanity*, Journal of mental science, 1881. — Schüle. *Traité clinique des maladies mentales*, traduct. française, Paris, 1888. — Charpentier. *Les folies du caractère*, Annal. méd.-psych., janv., févr. 1893. — H. Dagonet. *Traité des maladies mentales*, Paris, 1894.

C. — Persécutés-persécuteurs (*Persécuteurs raisonnants*).

Ainsi que nous l'avons vu, les persécutés hallucinés et à évolution systématique réagissent quelquefois contre leurs prétendus ennemis par des actes de violence. Ils obéissent soit à leurs tendances naturelles, soit à l'excitation hallucinatoire. Lasègue disait de ces malades que « de persécutés ils deviennent persécuteurs ».

Chez eux, cependant, les réactions agressives ne constituent en réalité qu'un incident au cours d'un long état morbide, ce sont les accès de colère ou de désespoir d'un aliéné qui, d'ordinaire, subit passivement des tortures imaginaires.

Au contraire, chez d'autres malades, également persécutés, les tendances agressives et nuisibles, loin d'être accidentelles et passagères, constituent le fond même de la maladie, elles en sont la manifestation constante et prédominante, sinon la manifestation unique. Ces derniers sont les *vrais persécuteurs*, c'est à eux que cette épithète doit être réservée, tandis que l'on appellera les premiers *persécutés actifs*.

Les *persécutés-persécuteurs* ont été individuellement observés depuis longtemps et notamment par les médecins légistes, à l'occasion des attentats si fréquents de ces sujets. Tardieu en 1845, Casper en 1858, Beer en 1869, etc., en ont rapporté des exemples typiques. Mais on les confondait, pêle-mêle avec d'autres malades très dissemblables, dans les groupes incertains des monomanies, de la manie raisonnante, de la folie morale, ou encore on en faisait, avec Lasègue, une simple variété et comme un cas particulier de son délire de persécution[1]. C'est J. Falret qui, le premier, en 1878, a constitué le groupe des *persécutés-persécuteurs*. Il a établi dans une étude d'ensemble que ces malades offrent les caractères physiques et moraux des aliénés raisonnants, héréditaires, ce qui les distingue tout d'abord des persécutés vrais, et il a fixé les traits particuliers qui en font une catégorie spéciale (persécutés-

[1] Voir, par exemple, l'étude de Taguet sur les *aliénés persécuteurs*. Annal. méd.-psych., 1876.

persécuteurs *type Falret*). Les idées de J. Falret sont exposées très complètement dans l'excellente thèse de son élève P. Pottier[1] (1886), qui contient des observations caractéristiques et des plus intéressantes.

A peu près en même temps que J. Falret, Krafft-Ebing arrivait à des conclusions semblables, dans une étude sur le « délire quérulant » de Beer, ou délire des aliénés processifs.

Les travaux ultérieurs ont confirmé dans leur ensemble les idées de J. Falret et de Krafft-Ebing, et ils ont en outre précisé certains points que nous indiquerons chemin faisant. Parmi les plus importants de ces travaux, nous citerons ceux de Magnan (1891-1893), qui classe les persécuteurs dans son vaste groupe des héréditaires dégénérés et qui insiste sur leur déséquilibration originelle ; de G. Ballet (1893), qui a étudié d'une manière spéciale les persécuteurs familiaux ; de Vallon (1895) et de Leroy (th. 1896), qui ont donné du sujet d'excellentes études d'ensemble.

D'après Régis[2], le délire des persécuteurs serait une forme délirante appartenant en propre aux dégénérés : « C'est une folie spéciale, variable comme expression délirante, mais à caractères généraux uniformes et pour ainsi dire pathognomoniques. Le délire est un thème suivi, vraisemblable, à point de départ faux ou mal interprété, mais éminemment logique dans ses déductions ; il ne s'accompagne jamais d'hallucinations, si ce n'est exceptionnellement, et, dans certains cas, d'hallucinations hypnagogiques ou oniriques ; il se développe par extension progressive de l'idée mère, mais sans subir de transformation et sans rien perdre de sa physionomie première ; il se traduit, quelle qu'en soit la forme, par des revendications plus ou moins chimériques, mais tenaces, persistantes, le plus souvent agressives et dangereuses ; il est incurable, malgré des rémissions fréquentes, et se termine ordinairement par des complications cérébrales. »

Suivant qu'ils manifestent telle ou telle tendance prédominante, suivant qu'ils poursuivent tel ou tel objet particulier, on a distingué plusieurs variétés de persécutés-persécuteurs : les processifs, les amoureux, les familiaux, etc. Nous examinerons plus loin chacune de ces catégories.

Mais si les tendances particulières des persécuteurs sont différentes, leur état mental est semblable et comporte une description générale. Ils présentent un certain nombre de caractères communs qui les distinguent cliniquement des persécutés à évolution systématique, type Lasègue-Falret. Ces caractères sont les suivants :

1° La tendance persécutrice d'emblée et le choix précoce d'un soi-disant persécuteur ;

2° L'absence d'hallucinations et même, le plus souvent, d'idées réellement délirantes ;

3° La fixité de leur systématisation qui ne présente pendant toute sa durée aucune trace d'évolution ;

[1] P. Pottier. Etude sur les *aliénés persécuteurs*, th. Paris, 1886.

[2] Manuel pratique de médecine mentale, 2e edit., 1892, p. 300.

4° La fréquence des stigmates physiques de l'hérédité névropathique ;

5° Un état mental dont le trait essentiel est un défaut d'équilibre général, dans l'ordre intellectuel comme dans l'ordre moral, défaut d'équilibre qui se traduit par des lacunes très apparentes, par une activité désordonnée et stérile, par un jugement radicalement faux, par une défiance morbide, par un égoïsme féroce et par un orgueil démesuré.

Description. — Comme l'a montré J. Falret, les persécutés-persécuteurs offrent les caractères des aliénés héréditaires, des fous moraux et des raisonnants. Ils en ont les *stigmates physiques :* asymétrie crânio-faciale, malformations diverses, tics, bégaiement, etc. ; ils présentent souvent des crises choréiques ou convulsives. Ils en ont aussi les *stigmates psychiques*. Dès leur enfance, ils s'étaient fait remarquer par leur indocilité, par leur entêtement, leur vanité excessive, souvent par leurs mauvais instincts. A l'époque de la puberté, ils souffrent fréquemment de troubles nerveux ou mentaux. Leur caractère est bizarre, leur humeur changeante ; leurs facultés, très inégalement développées, présentent les contrastes les plus inattendus de lacunes énormes et de dons très brillants. Complètement dépourvus de sentiments moraux et altruistes, ayant de leur personne une très haute opinion, ils ne tardent pas à entrer en conflit avec leurs égaux et surtout avec leurs supérieurs. Incapables, à la fois par vanité et par incorrection native du jugement, de reconnaître qu'ils puissent avoir tort, ils persistent dans la voie où ils se sont engagés, et ils appliquent leur entêtement et leur grande activité intellectuelle à faire triompher envers et contre tous leur manière de voir. D'inévitables échecs les irritent. De plus en plus défiants et agressifs, ils se croient bientôt en butte à la malveillance et ils se défendent préventivement en attaquant. C'est en cela qu'ils sont à la fois *persécutés* et *persécuteurs*.

Par leur mémoire, qui est habituellement excellente, par la facilité du raisonnement et la conservation apparente de la logique, ils peuvent faire illusion sur leur désordre mental. « Ces aliénés, dit Pottier (thèse citée), ont ordinairement une intelligence très active, de grandes ressources dans l'esprit et une véritable facilité d'élocution. Ils parlent beaucoup et avec volubilité, discutent avec une grande variété d'arguments les faits qu'ils allèguent et tous les griefs dont ils se plaignent. Ils ont souvent une argumentation très serrée, conforme aux lois de la logique, et étonnent leurs interlocuteurs par le luxe de preuves qu'ils semblent apporter à l'appui de leurs affirmations... Il est d'autant plus difficile d'apprécier leur état mental que, le plus souvent, leur délire repose en grande partie sur des faits vrais, qui ont servi de point de départ à leur systématisation délirante, et auxquels ils se sont bornés à ajouter des compléments imaginaires, qu'on a peine à distinguer des faits réels qui leur ont servi de base. »

En outre, comme Krafft-Ebing l'a bien montré, ils sont « menteurs et de mauvaise foi, ils ont une aptitude particulière à traverstir la vérité. Souvent, on constate chez eux, comme trouble fondamental de l'intelligence, une

absence complète de fidélité dans la reproduction des idées qui entraîne comme conséquence la défiguration de tous les faits. »

Aussi, rien n'est-il plus malaisé que de discerner, dans leurs interminables récriminations, la part de vérité qui se mêle à l'erreur et au mensonge. L'appréciation de leur état mental, surtout lorsqu'il s'agit d'une affaire médico-légale, est toujours laborieuse, elle exige souvent de longs interrogatoires, une véritable enquête rétrospective dans l'existence entière du sujet dont il faut reconstituer l'histoire bio-pathologique.

Mais si les paroles de ces malades n'indiquent pas toujours clairement la nature morbide de leurs idées, leurs actes en donnent des preuves convaincantes.

De bonne heure, ainsi que nous l'avons indiqué déjà, ils arrivent à systématiser leurs tendances agressives contre une personne déterminée. Ils sont persécuteurs *d'emblée* et sans avoir à traverser une période d'inquiétude, de tâtonnements. Le hasard leur fournit le prétexte, qu'il s'agisse d'un procès, d'un héritage disputé, d'une compétition pour une fonction ou pour une place, d'une prétention quelconque mal accueillie. Alors, ils s'acharnent dans leurs réclamations non fondées, ils se plaignent à tous des injustices qu'ils croient endurer, ils poursuivent sans trêve l'ennemi qu'ils ont désigné et qui, désormais, personnifie toutes les malveillances auxquelles ils se disent exposés. Contre cet ennemi, les lettres de menaces et d'injures, les visites indiscrètes, les interpellations en public, tout leur est bon, et ils font preuve d'une ingéniosité extraordinaire dans le choix des moyens employés. Plus on se défend et plus ils s'acharnent, ne se laissant arrêter ni par les convenances les plus élémentaires, ni par les inconvénients qui peuvent résulter pour eux-mêmes de leurs démarches. « En vain on ferme sa porte, en vain on se fait protéger de toutes les manières, le persécuteur trouve moyen d'arriver jusqu'à celui que son délire lui a désigné. Il l'attend pendant des heures entières, le guette, le recherche partout où il va, le suit, s'attache à ses pas et lui apparaît dans les moments où il s'y attend le moins. Il le saisit au passage, dans les lieux publics, pour l'injurier, le menacer et lui répéter verbalement toutes les plaintes et les accusations dont il l'a poursuivi dans ses lettres et ses réquisitoires écrits » (Pottier).

Si les menaces et les injures échouent, ces malades n'hésitent pas à recourir aux tribunaux, à réclamer des dommages et intérêts. Ils impriment et distribuent dans le public des mémoires, des pamphlets, des libelles injurieux, où ils présentent les faits à leur plus grand avantage. Le chantage par tous les moyens est leur arme habituelle. Il est fréquent de les voir recourir au faux, fabriquer de prétendues preuves à l'appui de leurs réclamations. Mais leur irrémédiable insuffisance mentale se trahit jusque dans ces procédés en apparence simplement criminels. Sandon fabrique et produit comme authentiques des lettres du ministre Billault et de Montalembert ; l'écriture ne rappelle en rien celle de ces personnages, et un simple coup d'œil suffit pour reconnaître la fraude. Un malade de G. Ballet (persécuteurs familiaux) dit avoir reçu du président Grévy et présente comme telle une lettre qui fourmille de fautes d'orthographe et de syntaxe, etc.

Leur ténacité, leur acharnement sont infatigables, si puissant que soit l'ennemi qu'ils poursuivent, si infructueuses que puissent être leurs tentatives; ils ne se découragent jamais. Sandon adressait cette phrase imagée à son ennemi, M. Billault, ministre de l'intérieur sous l'Empire : « Je suis attaché à la porte de votre ministère comme le hibou à la porte d'une écurie ». Ils cherchent partout des partisans et des soutiens ; l'un d'eux, dont l'histoire est rapportée par Buchner, fonde la « Société des opprimés », surtout en vue de faire triompher ses revendications personnelles.

Enfin, ils en viennent souvent à des violences contre leurs ennemis. A chaque instant, les journaux rapportent des agressions, des assassinats commis par des malades de ce genre. On n'a pas oublié, dans ces dernières années, la tentative d'assassinat d'Aubertin contre Jules Ferry, la mort de l'abbé de Broglie tué à coups de revolver par une persécutée-persécutrice, l'attentat contre M. de Freycinet, etc.

Ils ont d'ailleurs une prédilection marquée pour les scandales publics, auxquels ils cherchent à donner le plus de retentissement possible. Ce sont ces malades qui pénètrent à la Chambre des députés pour lancer dans la salle des papiers relatant leurs plaintes ou pour crier du haut d'une tribune leurs revendications. Ce sont eux encore qui, pour attirer l'attention sur eux, tirent des coups de feu dans les cérémonies publiques, sur le passage d'un souverain, du Président de la République, d'un ministre, etc.

Ces attentats conduisent leurs auteurs soit dans une prison, soit dans un asile d'aliénés. On n'en est pas alors débarrassé pour cela. De la prison, ils sortent, après l'expiration de leur peine, plus irrités contre ceux dont ils croient avoir à se plaindre et plus acharnés que jamais. Ils englobent au nombre de leurs ennemis les magistrats qui ont été mêlés à leur affaire, et ils s'attaquent à eux avec leur violence accoutumée.

De l'asile ils sortent aussi le plus souvent, après un internement d'une durée variable. Sandon, qui est devenu comme le prototype de ces malades, fut ainsi interné quatre ou cinq fois, et il mourut en liberté. C'est que l'existence monotone et bien réglée de l'asile supprime les causes d'excitation et leur enlève les occasions de manifester leur délire. Or, on sait que le délire de ces sujets éclate dans leurs actes bien plus que dans leurs paroles. En outre, le désir d'obtenir leur sortie est pour eux un frein salutaire, ils dissimulent leurs tendances brouillonnes, ils restent calmes, et le médecin se voit tôt ou tard dans l'obligation de les remettre en liberté. C'est surtout à propos de cette catégorie de malades que se révèle, aux yeux des magistrats et des médecins légistes, l'insuffisance des mesures qu'a prévues la loi de 1838 contre les aliénés dangereux.

Quelquefois cependant les tendances querelleuses et agressives, s'imposant à la manière des obsessions, l'emportent sur les considérations de prudence, et les persécuteurs séquestrés se mêlent, à leur façon habituelle, de la vie intérieure de l'asile. Ils critiquent sans cesse et dénaturent la conduite des médecins, ils excitent les autres malades et fomentent des récriminations et des révoltes. Ils écrivent aux autorités pour le compte de leurs compagnons, ils

dénoncent comme des crimes les faits les plus anodins. Bref, ils deviennent des fléaux d'asile comme ils ont été des fléaux de famille et des fléaux de société.

Il peut arriver aussi que l'internement ait pour résultat — non pas de *transformer* le délire, comme on le dit parfois à tort, — mais de l'*orienter* dans une direction nouvelle. A leurs anciens ennemis se substituent alors les magistrats qui ont fait séquestrer ces malades et les médecins qui les ont soignés. Il n'est guère d'aliéniste qui n'ait eu ainsi maille à partir avec un de ces persécuteurs.

Un autre trait important de la physionomie des persécutés-persécuteurs est leur *incommensurable orgueil*. Ils diffèrent encore par là des persécutés hallucinés et à évolution systématique. Ces derniers arrivent à la mégalomanie vraie par leur délire même, ils transforment leur personnalité, au moins extérieure, et ils s'attribuent des titres et une qualité dont la nature imaginaire est évidente par elle-même : ils se disent, par exemple, de race princière ou royale, ils se parent de dignités variées que, souvent, on a vues naître à l'asile même ; enfin, ce n'est qu'après une longue période délirante (dix ans, vingt ans et plus) qu'apparaissent ces idées de grandeur. Au contraire, les sujets que nous décrivons actuellement ont été, de tout temps, orgueilleux au même degré ; ils ne le sont ni plus ni moins après vingt ans de maladie qu'au premier jour. Ils ne vont pas jusqu'à s'attribuer une personnalité et des titres imaginaires[1]. Leur orgueil reste dans le domaine de l'appréciation individuelle, il ne passe pas dans l'ordre des faits matériels et vérifiables. Leurs idées de grandeur n'évoluent pas plus que leurs idées de persécution. Elles n'en sont pas moins caractéristiques. Un malade de Magnan disait de lui-même : « Aucun ne porta plus haut que moi le point d'honneur. J'ai laissé des traces ineffaçables dans mon régiment ». (Il était sergent.) Il signait : « Citoyen de la République française, ancien président commandant d'armes au comité de résistance du Seize Mai ». Mariotti, persécuté-persécuteur qui, pour appeler l'attention sur sa personne, tira un coup de revolver sur la voiture de M. de Freycinet, disait : « On venait me voir travailler comme une chose curieuse » (Leroy, th. citée). Une malade, acharnée contre Ambroise Thomas, avait fait apposer sur les murs de Paris un « Appel au Peuple », dans lequel on lisait : « ... Marie C. est condamnée à la mort civile sans avoir commis aucun crime que celui de montrer à Ambroise Thomas une incomparable valeur... O peuple ! ne laissez pas tuer l'innocence, ne laissez pas anéantir le génie ! » Un malade de Campagne écrivait : « Le moule qui me fit se brisa après ma naissance. Il n'y a qu'un Dieu, s'il y en a un, ce qui est douteux, mais il n'y a qu'un moi, et ce moi vaut bien la peine qu'on s'en occupe ».

Alors même qu'ils ne s'accordent pas formellement des mérites exceptionnels, leur orgueil s'étale inconsciemment dans leurs réclamations. Ils ont une tendance toute naturelle à transformer leurs déboires et leurs échecs en

[1] Quelques-uns, et notamment les *persécuteurs familiaux*, font exception à cette règle. Nous parlons plus loin de ces cas.

calamités publiques. Dans leur outrecuidance de redresseurs de torts, ils croient sincèrement que le pays tout entier souffre quand ils se plaignent. Champions de la justice et du droit, leur ambition effrénée devient une cause sacrée : « Il faut, dit C., que ceux qui souillent notre administration civile et judiciaire en soient à jamais exclus. Cette épuration est nécessaire; je serais heureux si, par ma constance et ma persévérance, je pouvais contribuer à cette épuration. Je suis persuadé que le nouveau ministre de la justice, lorsqu'il connaîtra les faits dont je suis victime, n'hésitera pas à poursuivre les magistrats indignes ; en les révoquant, il extirpera les germes de la gangrène qui ronge la magistrature. Si le Garde des Sceaux ne poursuit pas présidents de chambre et juges qui commettent des crimes pareils envers un citoyen qui demande justice, c'est le cas de répéter qu'il n'y a plus de justice en France » (Leroy), etc., etc.

Nous avons dit, d'après J. Falret et la plupart des auteurs, que les persécutés-persécuteurs n'avaient *pas d'hallucinations.* Le fait est acquis pour la très grande majorité de ces malades. Magnan et ses élèves Sérieux et Leroy ont cependant rapporté des observations dans lesquelles sont relatées quelques hallucinations. On ne peut donc dire que l'absence d'hallucinations soit un caractère absolu de cette forme mentale. Mais, tout en les signalant comme possibles, les observateurs que nous venons de citer reconnaissent que les hallucinations n'y sont pas fréquentes, qu'elles n'ont pas d'influence réelle sur le délire, et qu'à ce point de vue il y a là encore une distinction bien tranchée entre les persécutés-persécuteurs et les persécutés à évolution systématique, chez lesquels l'hallucination de l'ouïe joue un rôle si considérable. Quelques-uns de ces malades deviennent persécuteurs à la suite d'un accès délirant accompagné d'hallucinations ; l'accès guérit en laissant comme résidu une idée fausse qui devient le point de départ et le prétexte des revendications acharnées du malade.

Le délire des persécutés-persécuteurs dure aussi longtemps que la vie des malades. Il présente une grande fixité symptomatique. Il est *extensif,* en ce sens qu'il englobe de nouveaux faits et de nouvelles personnes, mais il n'a aucune tendance à une transformation, à une évolution quelconque. Si les hasards de l'existence amènent le persécuteur à modifier son objectif, à laisser en paix une de ses victimes pour s'attaquer à une autre, son état mental ne varie pas et ses procédés mêmes restent identiques dans leur ensemble. Cependant, les allures de la maladie sont essentiellement *rémittentes,* des périodes de calme relatif, parfois d'une longue durée, succèdent à des phases de suractivité intense. Enfin, les auteurs sont unanimes à reconnaître la longévité intellectuelle de ces malades, qui ne versent jamais dans la démence vésanique. Si leur stérile activité s'atténue avec les progrès de l'âge, si leurs facultés baissent, c'est là une résultante habituelle de la sénilité et non l'aboutissement normal de leur psychose.

On a signalé chez eux la fréquence d'accidents cérébraux (hémorragie, ramollissement) auxquels ils finissent par succomber.

Dans le tableau que nous venons de tracer et dont les traits sont communs

à tous les persécuteurs, une tendance particulière prend quelquefois un relief plus accusé. D'après ces caractères dominants, on a distingué un certain nombre de variétés.

L'une des plus anciennement connues est celle des *processifs* ou plaideurs. Casper en rapporte une observation typique, celle de Nehring, qui finit par tuer un juge en pleine audience. Mais c'est surtout Krafft-Ebing, ainsi que nous l'avons déjà dit, qui a étudié en détail cette variété de persécuteurs (1878) ; il les groupe sous la rubrique de *délire quérulant*, déjà employée par Beer en 1869. Sous le titre de « délire raisonnant de dépossession », Régis a désigné une variété de *quérulants* signalée par Pailhas et dont le trait caractéristique, « déviation de l'instinct de propriété », consiste dans le refus absolu d'accepter la chose jugée qui les a expropriés de leurs biens [1].

C'est ordinairement le hasard d'un premier procès qui met en branle les dispositions latentes et détermine l'orientation du délire. Dès lors, l'esprit de chicane apparaît à son plus haut degré. Les processifs passent leur existence à plaider, à soutenir devant les tribunaux toutes les contestations possibles. Ils fatiguent non seulement leurs adversaires, mais aussi les avocats et les magistrats. Ayant l'esprit faux des persécuteurs de toute catégorie, les procès qu'ils intentent sont généralement détestables. Ils refusent de le reconnaître, multiplient les incidents de procédure d'où naissent de nouveaux débats, et quand leur affaire est définitivement perdue, ils accusent leurs avocats d'incapacité ou de trahison et les juges de vénalité ou de parti pris. Puis, ils recommencent, et, le plus souvent, jusqu'à l'épuisement de leurs ressources, jusqu'à la ruine complète. Alors, ils deviennent menaçants et dangereux. Bien que le fait ne soit pas très fréquent, il existe quelques exemples de meurtre ou de tentative d'assassinat commis par des persécuteurs processifs. S'ils ne vont pas jusqu'à cette extrémité, ils injurient, ils dénoncent dans les journaux les magistrats prévaricateurs, ils les signalent aux pouvoirs publics, aux Chambres, etc. Cette variété de persécuteurs s'observe assez fréquemment à la campagne, chez des paysans [2].

Une autre variété de persécuteurs est celle des *hypocondriaques*. Ceux-ci s'attaquent à un médecin qui n'a pas su les guérir de leurs maux plus ou moins imaginaires et qu'ils accusent de les avoir mal soignés. Le malheureux médecin devient l'ennemi, et c'en est fait de son repos. Injures, menaces, scandales publics, rien n'est épargné de tout ce qui peut l'atteindre dans sa considération et dans ses intérêts. Les persécuteurs hypocondriaques ne reculent pas plus que les autres devant les actes de violence. On retrouve dans la plupart des traités spéciaux l'histoire du cocher A. Bourgeois, qui, en 1839,

[1] Pailhas. *États monomaniaques liés à une déviation de l'instinct de conservation de la propriété*. Congrès de Bordeaux, 1895. — Régis. *Délire raisonnant de dépossession*, Annal. méd.-psych., septembre-octobre 1896. — Ladame (de Genève). *Observation de paranoïaque processive, type du délire de dépossession de Régis*, Congrès d'Angers, 1898.

[2] Cullerre. *Le délire de revendication*, Annales médic.-psych., mai 1897. — Béra. *Étude sur les aliénés processifs*, th. de Toulouse, 1898.

tira deux coups de pistolet sur le docteur Bleynie : il le poursuivait depuis douze ans, lui reprochant d'avoir aggravé, au lieu de la guérir, « une fraîcheur dans les intestins ». Avant son attentat contre le docteur Bleynie, Bourgeois avait menacé de mort deux autres médecins, qu'il accusait également de l'avoir mal soigné. Marc a publié sur Bourgeois un remarquable rapport médico-légal, dû aux docteurs West, Ollivier (d'Angers) et Jacquemin (Marc, t. II, p. 14). Magnan, Leroy citent des faits analogues.

Les *amoureux* constituent une troisième variété. Le cas de Teulat, étudié par Lasègue, en est un des plus beaux spécimens. Ceux-ci, hommes ou femmes, s'éprennent d'une belle passion qu'ils croient partagée, et le plus souvent sans qu'il y ait au début de leur roman aucun fait réel autorisant leurs espérances. D'ordinaire, en effet, ils connaissent à peine la personne à qui ils vont infliger sans répit leurs témoignages d'affection. Mais, à des indices qui ne sauraient les tromper, ils ont reconnu que leur amour était encouragé. Leur jugement originairement faux et leur excessive vanité leur ont fourni ce point de départ. Leur manque de scrupules, leur ténacité et leurs tendances agressives les poussent à persévérer en dépit de tous les obstacles. Ils adressent à « l'objet aimé » des lettres enflammées, dépeignant leur passion en termes lyriques. Ils se portent sur son passage pour saisir un regard de ses yeux, ils essayent par tous les moyens de pénétrer auprès de lui. On les repousse comme on peut, c'est en vain. Ils ne peuvent se croire dédaignés, et leur vanité trouve son compte à penser qu'ils ont été desservis par la famille ou par un jaloux. Aussi, finissent-ils par s'en prendre de leur insuccès, non à leur maladresse ou à leur importunité que rien ne justifie, mais à quelqu'un qui n'en peut mais et qui, dorénavant, sera l'objet de menaces et d'agressions de toute sorte.

Il importe de remarquer, c'est là un point qui ressort des faits publiés, que les persécuteurs amoureux sont presque toujours des amoureux *platoniques*. Les suggestions des sens jouent un rôle très effacé ou même nul dans leurs préoccupations morbides. Tout, ou presque tout, se passe dans le domaine de l'imagination. Ces sujets se rapprochent beaucoup des érotomanes vrais, chez lesquels l'instinct sexuel est muet. Quelques-uns poursuivent ainsi de leur impérieuse amitié des personnes de leur sexe, sans que l'on puisse soupçonner chez eux aucun sentiment inavouable. Magnan en a donné des exemples intéressants.

Les persécuteurs *familiaux* sont caractérisés par cette idée fausse que la famille à laquelle ils semblent appartenir n'est pas en réalité leur vraie famille, que ceux qui les ont élevés ne sont pas leurs vrais parents. De là à croire que leur sort actuel est indigne d'eux, qu'une destinée plus haute les attend, il n'y a qu'un pas, et nous savons que leur orgueil l'aura vite franchi. La famille à laquelle prétend se rattacher le persécuteur familial est toujours fort supérieure à celle qu'il désavoue. Il se dit le fils d'un personnage illustre ou, tout au moins, d'un rang élevé. Cette idée une fois ancrée dans son cerveau, il s'efforce par tous les moyens en son pouvoir de se rapprocher de ses prétendus parents, de se faire connaître d'eux. Il écrit lettres sur lettres, sup-

pliant d'abord, menaçant ensuite. Il se poste pendant plusieurs heures devant la maison, il pénètre chez le concierge et jusque dans l'appartement, etc. Repoussé, il revient à la charge. Il menace d'un scandale public, il insiste pour obtenir un secours. Si, par faiblesse ou par charité, on commet la faute de lui répondre et surtout de céder à ses demandes d'argent, on ne fait qu'augmenter ses prétentions et le confirmer dans son délire : il interprète comme un aveu toute marque d'intérêt et toute concession arrachée à la lassitude. Son audace et sa violence s'accroissent, il arrive à l'exaspération, et il se livre enfin à des voies de fait plus ou moins graves. En 1895, les journaux se sont longuement occupés d'une persécutée-persécutrice, B. Kl., qui prétendait être la fille de Sarah Bernhardt et du prince de Galles. Cette malade poursuivait l'actrice depuis plusieurs années, lui écrivant à chaque instant, multipliant les démarches auprès d'elle ; elle en était venue à l'attendre à la sortie du théâtre, la menaçant de la vitrioler, de la tuer. Après une agression caractérisée, elle fut enfin conduite à Sainte-Anne. Régis (Manuel de médecine mentale) et G. Ballet (*loc. cit.*) ont rapporté l'histoire d'un de ces sujets qui se disait fils du président Grévy, et qui, à l'appui de son dire, montrait des reçus de la poste attestant qu'il avait adressé plusieurs lettres au président. Il soutenait aussi en avoir reçu des réponses et des secours en argent, mais il se contentait de produire des copies de ces réponses, lesquelles fourmillaient de fautes de grammaire.

Ceux-ci sont les persécuteurs *filiaux*. D'autres, que l'on pourrait par opposition appeler persécuteurs *paternels*, croient reconnaître dans un étranger leur propre enfant, ils veulent s'imposer à lui, le poursuivent, le tourmentent comme faisaient les précédents à l'égard de leurs prétendus parents.

G. Ballet fait très justement observer que ces persécuteurs familiaux partent d'une idée manifestement délirante, d'une erreur morbide sur leur véritable personnalité. Ils diffèrent en cela des autres, qui partent aussi d'une erreur, mais d'une erreur qui n'est pas aussi nettement délirante, qui n'est pas manifestement en contradiction avec les faits et dont le caractère pathologique, s'il éclate dans ses conséquences, ne s'impose pas tout d'abord avec évidence.

Enfin, certains de ces persécuteurs peuvent être qualifiés *politiques*. Ceux-ci sont, plus nettement encore que les autres, ambitieux dès le début. Ils se jugent capables de jouer un rôle dans le monde, de réformer la société par leur action personnelle. Ils sont peut-être plus dangereux que tous les autres, d'abord parce qu'ils trouvent souvent des partisans qui acceptent leurs idées, leur prêtent un concours actif et les défendent dans les passes difficiles où les conduit leur délire, ensuite et surtout parce que, profondément convaincus de la grandeur de leur mission, pénétrés de l'importance des intérêts dont ils croient avoir la garde, ils n'hésitent pas à recourir aux pires moyens pour faire triompher leur cause qui est la cause même du peuple. Ces malades sont nombreux dans tous les temps et dans tous les pays, c'est parmi eux que se recrutent les *régicides*, dont Régis a fait une étude si intéressante et si docu-

mentée[1]. Depuis Ravaillac jusqu'aux italiens Caserio, Luccheni et Bresci, on en citerait un grand nombre : Guiteau en Amérique (assassinat du président Gardfield), Passanante en Italie (attentat contre le roi Humbert), Aubertin (tentative d'assassinat contre J. Ferry) et Mariotti (coup de feu sur M. de Freycinet) en France, sont des persécuteurs politiques dont les rêves plus ou moins humanitaires ont abouti à des crimes d'ailleurs parfaitement inutiles.

Chez les sujets de cette variété, dont l'existence irrégulière et mouvementée trahit la déséquilibration native, un élément mystique se mêle à l'orgueil et aux tendances perverses. Ils savent que leurs tentatives les conduiront à la mort ou à un long emprisonnement. Ils le savent et ils affrontent ce danger avec un courage incontestable. Ils ont comme l'appétit du martyre qui, à leurs yeux, sanctifiera leur cause et justifiera leur crime.

Il serait facile de multiplier ces variétés, de décrire des persécuteurs *jaloux, ambitieux, mystiques,* etc. Mais ce que nous avons dit nous semble suffire. Si les cinq variétés que nous avons décrites se légitiment chacune par une tendance particulière et dominante, pousser plus loin ces subdivisions serait passer du domaine de la clinique dans le domaine de la psychologie individuelle. Ce n'est pas ici notre rôle.

Nous avons déjà parlé, à propos des persécutés hallucinés (type Lasègue-Falret), de la communication du délire de ces malades à d'autres individus jusque-là sains d'esprit ; la *folie à deux,* à trois ou à un plus grand nombre de personnes, est peut-être plus fréquente quand il s'agit de persécutés-persécuteurs, par suite de la vraisemblance plus grande des conceptions, dont la fausseté ne s'impose pas immédiatement et sans examen, par suite aussi de la ténacité du sujet et de sa tendance marquée au prosélytisme.

Bibliographie. — Persécutés-persécuteurs : Esquirol, Marc. *Monomanie raisonnante.* — Tardieu. *Rapport sur Buchez-Hilton,* 1845. — Casper. *Traité pratique de médecine légale,* 1858. — Morel. *Traité des maladies mentales,* 1860. — Trelat. *La folie lucide,* 1861. — A. Voisin. *Observation de l'abbé Paganel. Autopsie.* Annal. méd.-psych., 1866. — Beer. *Querulanten Wahnsinn* (Délire quérulant), Wiener Med. Tagebl., 1869. — Campagne. *Traité de la manie raisonnante,* 1869. — J. Falret. *Annal. méd-psych.,* 1866, 1878. — Krafft-Ebing. *Archiv. f. Psychiat,* 1878. — Taguet. *Les aliénés persécuteurs,* Annal. méd-psych., 1876. — Legrand du Saulle. *Les signes physiques des folies raisonnantes,* 1878. — Pottier. *Étude sur les aliénés persécuteurs,* th. Paris, 1886. — Magnan et Sérieux. *Les aliénés persécuteurs,* Revue générale des sciences, déc. 1891. — Magnan. *Leçons cliniques sur les maladies mentales,* 1893. — G. Ballet. *Les persécuteurs familiaux,* Bullet. méd., 1er févr. 1893. — Vallon. *Les persécutés-persécuteurs,* Revue de médecine légale, 1895. — Ballet et Roubinovitch. *Les persécutés processifs,* Rapport au Congrès d'Anthropologie criminelle, Genève, 1896. — Leroy. *Les persécutés-persécuteurs,* th. Paris, 1896. — Regis. *Délire raisonnant de dépossession,* Annal. méd-psych., sept.-oct. 1896. — Bera. *Etude sur les aliénés processifs,* th. de Toulouse, 1898.

[1] Régis. *Les régicides dans l'histoire et dans le présent,* Revue d'anthropologie criminelle, 1890.

D. — Délire systématisé originel.

Originare Verrucktheit (Sander, Westphal, Krœpelin, Schule). — *Paranoïa originaria* (Krafft-Ebing). — *Délire systématisé des débiles* (Magnan).

Sous les rubriques *délire systématisé originel* et *paranoia originelle*, les auteurs allemands décrivent une forme de délire plus ou moins systématisé qui se développe dès l'enfance chez des sujets héréditairement prédisposés, offrant tous les caractères de la déséquilibration psychique, tels que nous les avons indiqués, et se rapprochant par certains côtés des persécutés-persécuteurs.

Beaucoup plus rare que le délire systématisé tardif ou acquis (Krafft-Ebing), le délire systématisé originel suppose, d'après les auteurs, l'existence préalable d'une tare grave et ordinairement héréditaire, d'une constitution dégénérative. Magnan range ces faits dans les délires des dégénérés débiles. Legrain les indique d'une manière générale dans le chapitre de sa thèse qu'il consacre aux « tendances au délire » chez les dégénérés.

Le *début*, ou, du moins, la préparation du délire remonte à l'enfance. Krafft-Ebing a observé un cas dans lequel les « symptômes d'incubation » s'étaient manifestés à l'âge de quatre ans. Ces enfants ne sont pas comme les autres ; moins gais, moins expansifs, ils vivent concentrés sur eux-mêmes, ils se croient négligés par leurs parents, moins bien traités que leurs frères ou sœurs. Leur susceptibilité est excessive, un rien, un mot ou un geste mal interprété les irrite au plus haut point ou les plonge dans un véritable désespoir. Ils sont le plus souvent d'une intelligence débile (enfants arriérés), mais qui peut offrir une faculté, une aptitude particulière extraordinairement développée. Ces sujets ont de bonne heure des rêves fréquents et qui se prolongent parfois après le réveil ; souvent, ces rêves jouent un grand rôle dans le point de départ et dans le développement ultérieur du délire. Une autre particularité que présentent les enfants de cette catégorie, c'est l'éveil précoce du sens génital et l'apparition d'idées et de rêves érotiques avant la puberté ; ce symptôme s'observe plus particulièrement chez les filles. D'autres tares morales apparaissent aussi : tendance au vol et au mensonge, instincts cruels, etc. Enfin, les malformations et les vices de développement physiques, les affections nerveuses convulsives sont assez fréquentes.

L'apparition des idées délirantes peut se faire insidieusement, par transition insensible, ou, au contraire, s'annoncer par une crise d'excitation plus ou moins bruyante, à la manière des délires d'emblée.

Une fois constitué, le délire se compose tantôt d'idées de culpabilité et de persécution, tantôt d'idées de grandeur, accompagnées ou non d'hallucinations. Les idées hypocondriaques sont fréquentes au début comme dans le cours de la maladie. Mais, dans la plupart des cas, l'on a affaire à une forme mixte, polymorphe (délire dépressif avec idées de grandeur, délire expansif avec idées de persécution).

L'agencement et le mode de succession des diverses conceptions délirantes sont d'ailleurs très variables.

C'est tantôt la phase ambitieuse qui ouvre la marche. Le malade croit appartenir à une grande famille, il exprime souvent l'idée qu'il est un enfant substitué (Schüle, Krafft-Ebing). Une grande fortune, une haute destinée lui sont réservées. A la suite de ces idées de grandeur surviennent des idées de persécution secondaires, de nature à expliquer le contraste entre la situation de fait du malade et l'importance qu'il s'attribue : on l'empêche d'obtenir ce qui lui est dû, on intrigue contre lui par jalousie, on multiplie les obstacles sur sa route, etc.

Dans d'autres cas, ce sont les idées de persécution qui se montrent les premières, et les idées de grandeur qui les suivent jouent le rôle d'une explication plus ou moins logique.

Chez une troisième catégorie de malades, les deux délires éclatent simultanément, le polymorphisme apparaît dès le début ; les idées s'entremêlent et se succèdent sans ordre, sans logique apparente, la prédominance des unes sur les autres n'est jamais de longue durée.

Tous les auteurs qui ont observé ces formes délirantes remarquent l'influence manifeste, sur la direction et le contenu du délire, des tendances intellectuelles de chaque malade, de son éducation, de sa culture antérieures. Cette influence n'existe qu'à un degré bien moindre dans les psychoses acquises ; de là, dans les psychoses dites originelles, une physionomie plus individuelle, une netteté moins grande du type morbide. Inversement, les hallucinations, quand elles existent, n'ont pas l'influence prépondérante qu'elles offrent si souvent dans les psychoses acquises.

Les interprétations délirantes sont extrêmement nombreuses, elles portent surtout, sur les choses même les plus insignifiantes, et elles sont aussi peu fondées, aussi extraordinaires que possible. Les associations d'idées sont des plus fantaisistes, elles dépendent en quelque sorte du hasard, des rapports de succession ou de simultanéité les plus accidentels, les plus fortuits. Le malade dirige sa conduite, dans tous les actes de la vie, d'après ces associations, ces interprétations bizarres : « Il parle ou se tait, fait tel ou tel geste, s'habille de telle ou telle façon, mange telle ou telle chose, suivant des indices qu'il a recueillis, et qui, d'ailleurs, n'ont aucun rapport avec sa personne » (Schüle).

On retrouve chez ces malades, jusque dans leur délire, la marque d'une déséquilibration fondamentale dans les fonctions psychiques : ils manifestent en même temps une assez grande vivacité intellectuelle et un manque absolu de logique allant jusqu'à l'absurdité, leur imagination est bizarre, leur humeur est changeante, sans que l'on puisse saisir les raisons de ces variations ; les sentiments affectifs sont supprimés ou pervertis, tel malade qui est indifférent pour ses proches montre un attachement excessif pour les étrangers ou pour les animaux. Schüle parle d'un malade qui ne put survivre à son canari préféré et se suicida.

La *marche* de l'affection est très irrégulière, elle ne présente aucune évo-

lution précise. Les paroxysmes avec excitation et tendances impulsives y sont fréquents. Ils sont suivis de rémissions plus ou moins marquées, pendant lesquelles les conceptions délirantes semblent disparaître, mais un examen attentif et certains actes du malade montrent que le délire subsiste toujours à quelque degré. Ces alternatives d'exacerbations et de rémissions, qui sont de règle dans toutes les formes psychopathiques observées chez les prédisposés héréditaires, affectent parfois une marche irrégulièrement périodique.

Dans certains cas, après un paroxysme délirant, les malades se rétablissent au point de pouvoir rentrer dans leur famille et reprendre leurs occupations, pendant un temps quelquefois très long. On dit alors qu'ils sont guéris. Mais le plus souvent cette guérison n'est qu'apparente, et la maladie reprend sa marche momentanément interrompue. Ces apparences de guérison peuvent se reproduire plusieurs fois chez un même malade, mais le fond pathologique persiste toujours, et l'on peut considérer cette psychose comme chronique et incurable.

A la longue, toutes les réactions s'affaiblissent; les hallucinations, quand il en existait, s'atténuent graduellement, l'émotivité s'émousse, le délire perd de sa netteté et de sa cohésion. Enfin, le malade finit par rabâcher toujours les mêmes choses, par recommencer tous les jours, invariablement, les actions de la veille, il devient indifférent à tout, il perd toute disposition affective, tout sentiment des convenances, il est malpropre et destructeur, et il aboutit en dernière analyse à une sorte d'état démentiel plus ou moins caractérisé.

Sous des noms différents, on trouve dans les auteurs français des faits entièrement comparables au délire systématisé originel des Allemands. B. Ball a rapporté l'histoire d'un malade qui, à l'âge de huit ans, déclare qu'il veut être Pape. Dès lors, cette idée ne le quitte plus et dirige toute son existence. Il entre au séminaire pour devenir prêtre. Puis, « il renonce au sacerdoce, sans renoncer à ses idées » ; il projette de rétablir le pouvoir temporel ; à la mort de Pie IX, il pose sa candidature devant le conclave, etc. Il semble avoir eu quelques hallucinations de l'ouïe. A la suite d'aventures diverses, il échoue à Sainte-Anne, à l'âge de trente-huit ans. « Pendant toute la durée de son séjour à l'asile, il est resté fidèle à son délire [1] », sans présenter d'hallucinations.

Observé plus tard par Magnan [2], ce malade a conservé ses idées de grandeur : il écrit aux souverains de l'Europe pour revendiquer ses droits à la tiare, il demande à l'empereur d'Allemagne le renvoi de Bismarck, et, la retraite de ce ministre ayant eu lieu peu après, il l'attribue à ses démarches. Il croit avoir orienté la politique de l'Europe entière de façon à préparer la venue du pape Chrysostome (c'est le nom qu'il prendra), etc. A quarante-sept ans, il présente encore le système délirant ébauché à huit ans.

Dans la thèse de Legrain [3], on trouve l'observation suivante, sous la

[1] Ball. *Leçons sur les maladies mentales*, 2e édit. 1890, p. 572.
[2] Leçons cliniques sur les maladies mentales, 2e série, 1897, p. 123.
[3] *Th. citée*, Observat. 28, p. 177.

rubrique « délire à évolution chronique chez un débile », qui correspond bien au délire systématisé originel.

V., mystique et ambitieux depuis l'âge de onze ans.

Vers onze ans, il a vu et entendu Dieu. Dieu lui apparaissait sous forme d'ombres lumineuses, il l'appelait « mon fils ». Ces apparitions n'ont pas cessé depuis lors. Il est désigné pour remplir une haute mission. Il sait depuis quelque temps que Dieu l'a choisi pour sauver la France et les travailleurs ; c'est un ange qui lui a révélé sa mission divine; il doit aussi fonder la République définitive. Ce malade s'est fait arrêter à l'Elysée, où il était venu soumettre à M. Grévy les programmes inspirés par Dieu. Il avait alors quarante-quatre ans, et, depuis son enfance, il n'avait pas cessé de délirer.

CHAPITRE III

ÉTATS MORBIDES INTERMITTENTS DE L'ÉMOTIVITÉ ET DE LA VOLONTÉ

(Aboulies, obsessions et impulsions conscientes. Perversions sexuelles.)

Les obsessions en général.

I. Caractères psycho-pathologiques de l'obsession. — Il y a obsession toutes les fois qu'une idée, un mot, une image s'impose à l'esprit, indépendamment de la volonté, par le jeu spontané de l'automatisme cérébral.

Dans l'état normal, le phénomène apparaît assez fréquemment. Tout le monde a pu l'observer sur moi-même : c'est un mot, une phrase, un air de musique revenant avec obstination dans l'esprit et que l'on a plus ou moins de peine à éloigner. Mais, ici, la difficulté n'est jamais que relative. Il suffit que la conscience reconnaisse l'intruse pour que la volonté parvienne à la chasser. L'obsession, dans un cerveau normal, résulte de la fatigue ou de la distraction, et elle n'y existe qu'à l'état d'ébauche.

Mais, chez certains sujets (psychasthéniques, neurasthéniques, dégénérés), les dissociations mentales se produisent facilement, les phénomènes d'automatisme peuvent acquérir une véritable indépendance, et c'est dans ces conditions qu'apparaissent les obsessions graves, réellement pathologiques. Ces obsessions sont dites *irrésistibles*, parce que la volonté est impuissante à les faire disparaître. Le sujet en a conscience, il les juge comme des faits morbides, mais il doit les subir, en dépit de la résistance qu'il y oppose et de la gêne qu'il en éprouve. Ces dernières obsessions sont les seules que nous ayons à étudier ici.

L'obsession morbide est donc un mode d'activité cérébrale sur lequel le contrôle de la volonté est nul ou très insuffisant ; elle s'accompagne ordinairement d'une émotion qui peut aller jusqu'à l'angoisse. Pour de nombreux auteurs, même, l'élément émotif serait constant dans l'obsession morbide ; celle-ci ne serait qu'une émotion d'un genre particulier, une « émotion systématisée ». Dès lors, se pose la question de savoir quel est, dans l'obsession, le plus important, de l'*élément intellectuel* ou de l'*élément émotif*. L'obsession est-elle la conséquence d'un trouble intellectuel, ou bien l'idée obsédante n'est-elle, au contraire, qu'une suite logique d'une émotion morbide ? La réponse à cette question dépend de la façon dont on conçoit l'émotion en général. Ici, nous sommes en présence de deux théories opposées, que nous examinerons rapidement.

Pour la psychologie traditionnelle, la prépondérance appartient, dans la genèse et le mécanisme de l'émotion, à l'*élément intellectuel*. D'après cette théorie, une perception, une idée d'une certaine nature envahissant l'esprit détermine un *état affectif*, des sentiments agréables ou pénibles, et l'émotion est dès lors constituée : c'est la peur, la tristesse, la joie ou la colère. Les *modifications organiques*, musculaires ou vaso-motrices, sont consécutives à l'émotion, qu'elles traduisent objectivement ; elles n'ont, par rapport à l'idée, que la valeur d'une simple réaction.

Cette manière de voir a été souvent contestée, et un certain nombre de psychologues soutiennent que les symptômes organiques de l'émotion, loin de suivre l'état affectif, le précèdent, au contraire, et le déterminent ; ces symptômes organiques donneraient, en réalité, naissance à l'émotion ; l'intelligence n'interviendrait que secondairement, non pour produire mais *pour constater* l'état émotionnel. « Les changements corporels qui suivent une perception, dit W. James, et notre conscience de ces changements, en tant qu'ils se produisent, c'est l'émotion. » Pour Ribot : « La conscience de ces troubles (organiques) est l'état psychique que nous appelons l'émotion[1] ». Spinoza avait déjà dit : « Ce qui fonde l'appétit et le désir, ce n'est pas qu'on ait jugé qu'une chose est bonne ; mais, au contraire, on juge qu'une chose est bonne parce qu'on y tend par l'appétit et le désir ».

On a invoqué les recherches expérimentales pour établir l'antériorité des modifications organiques sur l'idée, et toute une école de psychologues s'est ralliée à cette conception. C'est surtout Lange et W. James qui ont développé la théorie, acceptée aussi dans son ensemble par Sergi, par Ribot, par G. Dumas, etc. « On peut se demander, dit Ribot, si (de la sensibilité et de l'intelligence) l'une est primaire et l'autre secondaire, si l'une vient se greffer sur l'autre, et, dans ce cas, laquelle est le tronc et laquelle est la greffe. Si la vie affective apparaît la première, il est clair qu'elle ne peut être dérivée, qu'elle n'est pas un mode, une fonction de la connaissance, qu'elle existe par elle-même et est irréductible. Ainsi posée, la question est simple et la réponse est de toute évidence. Les preuves physiologiques de la priorité en faveur de la vie affective n'ont besoin que d'un rappel sommaire ; elles peuvent toutes se ramener à une seule : la vie organique, végétative, apparaît partout et toujours avant la vie animale. Or, la vie organique s'exprime directement par les besoins et appétits, matière de la vie affective ; la vie animale par les sensations, matière de la vie intellectuelle[2] ».

En d'autres termes, l'émotion consciente se compose « de tendances, c'est à-dire d'éléments moteurs, et d'états de conscience agréables, pénibles ou mixtes : ces deux facteurs forment un tout en apparence indissoluble ». — Mais la tendance, originellement antérieure d'une part à toute connaissance, d'autre part à toute expérience de plaisir ou de douleur, resterait fondamentale. Chez l'homme adulte, la connaissance et l'expérience jouent un rôle important dans

[1] T. Ribot. *La psychologie des sentiments*. Paris, 1896.
Ibid., p. 429.

l'émotion ; elles peuvent la réveiller et, dans une certaine mesure, la modifier, mais elles *ne la créent pas*. Et si nous attribuons à l'élément intellectuel la prépondérance qui appartient, en réalité, à l'élément organique, c'est uniquement par un besoin de logique. D'après la théorie, pour revenir à la vérité, « il faut dire, à l'encontre du sens commun : c'est parce que nous pleurons que nous sommes tristes, parce que nous frappons que nous ressentons la colère, parce que nous tremblons que nous avons peur[1] ».

Telles sont dans leurs traits essentiels les deux théories, *intellectuelle* et *physiologique* ou *périphérique*, de l'émotion[2]. Avant de les discuter, recherchons l'application qui en a été faite à l'émotion morbide et aux obsessions.

On retrouve dans la doctrine des *monomanies* d'Esquirol comme une ébauche des théories récentes de l'obsession. En distinguant des états psychopathiques dans lesquels l'intelligence est lésée tantôt primitivement et tantôt secondairement, dans lesquels les troubles intellectuels sont prédominants ou sont accessoires, l'école de Pinel et d'Esquirol avait entrevu une vérité féconde. Les monomanies *affective* et *impulsive* mettaient en lumière l'importance capitale que peuvent prendre, dans certains cas, les troubles de la volonté, des sentiments, de l'émotivité : « Chez les aliénés qui, sans motifs, sont entraînés instinctivement à des actes répréhensibles et qui seraient criminels s'ils jouissaient de leur raison, l'action intellectuelle est suspendue. Dans ces cas, il y a rigoureusement lésion de l'entendement, mais cette lésion n'est pas la cause dominante des actions[3] ».

Mais la doctrine des monomanies prêtait trop justement à la critique par d'autres points, et elle fut condamnée en bloc au nom de la clinique. Les troubles intellectuels furent de plus en plus considérés comme essentiels et primordiaux dans tous les états psychopathiques.

Morel, cependant, reconnut les principaux caractères des états obsédants. Hardiment, il les sépara de la folie et les décrivit comme une maladie de l'émotivité, comme une *névrose* spéciale à laquelle il donna le nom de *délire émotif*[4]. Ce délire, dit Morel, « se compose de faits d'*impressionnabilité* et d'*émotivité* avec prédominance de certaines idées fixes, de certains actes anormaux, mais sans que l'on puisse arguer, dans tous les cas, de la compromission forcée et absolue des facultés intellectuelles ». La tentative de Morel resta isolée, et l'on continua d'attribuer aux troubles de l'intelligence le rôle essentiel dans les états obsédants.

J. Falret consacre, en 1866, une étude très remarquable à la *folie du*

[1] Ribot. *Loc. cit.*, p. 96.

[2] Voir, en faveur de la théorie physiologique, G. Dumas : *La joie et la tristesse*, Rev. philosoph., juin, juillet, août 1896 ; Sergi, *Les émotions*, Paris, Doin, 1901. Contre la théorie. Roubinovitch et Toulouse : *La Mélancolie*, Paris, Masson, 1897, et surtout J. Soury : *Système nerveux central*, Paris, Carre et Naud, 1898, t. II, p. 1333 et suiv. Pour l'exposé critique des deux théories, G. Dumas : *La tristesse et la joie*, Paris, Alcan, 1900 ; surtout la *Conclusion*, p. 398 et suiv.

[3] Esquirol. *Maladies mentales*, 1838, t. II, p. 6.

[4] Morel. *Du délire émotif, névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral*, Archiv. génér. de méd. 1866.

doute[1], qu'il range dans la *folie avec conscience de son état*. C'est le trouble intellectuel qui, pour mon savant maître, est ici primordial : « Le fond de cette variété de maladie mentale est celui des délires partiels (c'est-à-dire : *une déviation intellectuelle primitive*), et non celui de la mélancolie (c'est-à-dire : *un trouble émotionnel et aboulique*)... Le travail intellectuel, concentré autour des idées principales et de leurs dérivés, multiplie successivement le délire par le délire, et entraîne à sa suite des conséquences intellectuelles et des actes qui se ressemblent beaucoup chez les différents malades ».

Westphal, reprenant plus tard l'étude de ces états complexes, les décrit sous le nom d'*idées obsédantes*, d'*idées qui s'imposent*[2], et les considère comme une forme de *Verrucktheit* ou délire systématisé, comme une *Verrucktheit abortive*. Les idées obsédantes s'imposent à la conscience sans que la volonté puisse les éloigner, elles sont étrangères au cours normal des idées, et, tant que dure leur présence, elles gênent plus ou moins le fonctionnement de l'esprit. Pour Westphal, ces idées sont indépendantes de tout état émotif; quand celui-ci existe, il résulte soit du trouble que jette l'idée dans les fonctions intellectuelles, soit de la nature de cette idée, soit des efforts du malade pour résister à l'acte commandé, soit enfin de toutes ces causes réunies. Mais l'état émotif est toujours secondaire et accessoire, l'idée est le phénomène premier en date et en importance.

La même façon d'envisager les choses se retrouve chez Buccola, qui décrit les obsessions et les impulsions sous le nom d'*idées fixes*, et chez Tamburini, qui les appelle des *idées incoercibles*[3]. Arndt et Morselli les considèrent comme une *paranoia rudimentaire*, c'est-à-dire comme dérivant d'un trouble intellectuel primitif[4]. C'est aussi l'opinion de Hack-Tuke, qui les désigne par le terme d'*idées impératives*[5], de Krafft-Ebing, de Magnan. « Les idées imposées, dit Krafft-Ebing[6], ont bien des traits communs avec les délires primordiaux de la paranoia, car ils sont primaires et manquent de toute base émotive... L'obsession provoque une angoisse réactive violente allant jusqu'aux explosions du désespoir et aux crises nerveuses. »

Magnan et Legrain n'attachent qu'une importance secondaire aux lésions de la volonté et de l'émotivité dans les obsessions et les impulsions : « L'obsession et l'impulsion sont-elles en effet engendrées par une sorte d'anénergie momentanée et morbide de la volonté, en d'autres termes existe-t-il là une maladie de la volonté ? Cela n'est pas probable »... Dans les cas où la volonté est affaiblie, « cet affaiblissement n'est jamais le fait le plus saillant ». Le fait le plus saillant, c'est toujours le phénomène intellectuel, car, les symptômes émotionnels « qui ne sont à l'état normal qu'un état réactionnel en face de

[1] *Folie raisonnante ou folie morale*, Soc. méd.-psychol., 8 janvier 1866.

[2] Westphal. *Ueber Zwangs-Vorstellungen*, Berlin. Klin. Wochens., 1877.

[3] Buccola. *Le idee fisse*, Rivista sperim. di freniat., 1880. Tamburini. *Sulla pazzia del dubbio*, id., 1883.

[4] Arndt. *Lehrb. der Psych.*, Vienne, 1883. Morselli. *Manuale di semejotica delle malattie mentali*, 1885.

[5] Hack-Tuke. *Imperative ideas*, Brain, 1894.

[6] *Traité clin.*, traduc. franç.. 1897, p. 541 et suiv.

situations mentales bien déterminées, ne sont encore, au cours des syndromes morbides, que des états réactionnels dont l'intensité est précisément due à l'excès d'émotivité, à l'émotivité pathologique des sujets[1] ».

L'opinion inverse, celle de Morel, qui attribue aux phénomènes d'émotivité le rôle primordial dans la genèse de l'obsession, a repris grande faveur depuis quelques années, surtout depuis qu'elle s'est acquis l'appui de psychologues tels que Lange, W. James, Ribot, etc.

Dès 1878, Berger, relevant la fréquence étiologique de l'émotion, fait de l'obsession une *névrose émotionnelle*[2].

Selon Wille[3], l'anxiété coexiste avec l'idée obsédante, ou bien la précède, ou bien même en est indépendante ; elle fait partie intégrante de l'obsession.

Friedenreich (1887) et Hans Kaan, plus catégoriques, soutiennent que l'angoisse émotive est l'origine, le point de départ nécessaire et le symptôme le plus important de l'obsession.

Ch. Féré[4] étudie longuement les rapports de l'émotivité morbide avec les différentes obsessions qu'il considère comme de simples formes systématiques de cette émotivité : « Les impulsions dites irrésistibles sont toujours en rapport avec une émovité morbide... Les idées fixes ont leur origine dans l'émotivité morbide » (Loc. cit., p. 452 et 453).

Séglas[5] discute très soigneusement les faits, et il aboutit aux conclusions suivantes : « L'obsession repose toujours sur un fond d'émotivité pathologique son début et même la variété de l'idée obsédante se rattachent souvent à une émotion ; cette idée s'accompagne de troubles émotionnels ; enfin, en supposant, et c'est là le point principal de la controverse, que ces derniers ne lui soient pas toujours purement secondaires, il est bien certain qu'ils sont du moins toujours exaspérés de son fait » (Loc. cit., p. 81).

D'après Dallemagne[6], « l'émotion, en se répercutant vers l'écorce, y réveille des idées appropriées, et l'idée à peine née retourne à la base raviver les sentiments d'où elle est sortie ».

Freud (1895), Hecker qualifient l'obsession une *névrose d'angoisse* (Angstneurose).

Pitres et Régis n'hésitent pas à considérer l'émotion, « conscience des variations neuro-vasculaires » (Lange), comme l'élément primitif et fondamental de l'obsession[7] ».

Certains auteurs, n'acceptant entièrement ni la théorie intellectuelle ni la théorie émotive de l'obsession, se rangent à une opinion intermédiaire. Tout en reconnaissant que l'émotion a une très grande importance dans cet état

[1] Magnan et Legrain. *Les dégénérés*, Biblioth. Charcot-Debove, 1895, p. 148, 149, 174.

[2] Berger. *Archiv. f. Psych.*, 1878.

[3] *Archiv. f. Psych.*, 1882.

[4] *La pathologie des émotions*, Paris, 1892.

[5] Séglas. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, Paris, 1895.

[6] *Dégénérés et déséquilibrés*, 1895.

[7] Pitres et Régis. *Séméiologie des obsessions et idées fixes*, Rapport au Congrès de Moscou, 1897. Cet excellent travail sera consulté avec fruit pour l'historique de la question, indépendamment de sa partie clinique, très soignée.

complexe que constitue l'obsession, ils pensent que, dans certains cas, l'idée obsédante peut occuper le premier rang. C'est ainsi que Tamburini et Morselli, tout en restreignant au minimum, ainsi que nous l'avons vu, l'importance de l'élément émotif, distinguent plusieurs classes dans les « idées obsédantes ». Tamburini admet trois classes : *idées simples* ou *intellectuelles* (folie du doute pure), *idées émotives* (folie du doute avec délire du toucher), *idées impulsives*. Morselli n'admet que deux classes : les obsessions *idéatives* et les obsessions *impulsives*.

Schüle fait la part plus grande aux phénomènes émotionnels, mais il distingue[1] « plusieurs formes et plusieurs genèses de ces idées obsédantes ». Elles sont « émotives ou non émotives ». Certaines formes de folie du doute « se présentent sans angoisse, sans mouvement émotif quelconque ».

J. Falret, dans son Rapport sur les obsessions, présenté au Congrès international de 1889, les divise en *intellectuelles, émotives* et *instinctives*.

G. Ballet classe les obsessions et impulsions dans les *anomalies de l'émotivité et de la volonté*[2]. Toutefois, au point de vue clinique, il adopte « une division qui se rapproche de celle de M. Falret ».

L'anglais Mickle se rallie également à une opinion mixte. Dans un travail important sur les obsessions[3], il s'exprime ainsi : « On a soutenu aussi que « l'idée » est l'essence de cet état mental ; ou, si l'on préfère, que cet état a pour condition essentielle un trouble des éléments intellectuels et de la conscience. A ce point de vue, je pense, la soudaine apparition et la persistance de l'idée impérative constitueraient le fait capital ; tout accompagnement émotionnel serait tenu pour secondaire et, pour la plus grande part au moins, serait dû au conflit entre l'idée obsédante et la volonté : cette dernière, anxieusement révoltée, lutte contre l'obsession, et cette lutte est pénible, douloureuse pour l'esprit. Dans le cas d'obsession aboulique, la détresse angoissante proviendrait de l'irrémédiable sentiment d'impuissance à accomplir un acte même insignifiant... Mais je pense que l'interprétation la plus large est que les obsessions ont, en fait, une tendance invariable à réunir les anomalies des trois termes : idée, sentiment et volonté » (p. 698 et 699). Pour Mickle, les obsessions présenteraient donc, le plus souvent, cette forme complexe. Mais il ajoute que, dans les cas particuliers, le fait capital paraît être tantôt le *trouble intellectuel*, tantôt le *désordre des sentiments* et tantôt la *lésion de la volonté* : « C'est pour cette raison, dit-il, que j'ai pris l'habitude de grouper les principales variétés d'obsession sous la dénomination des *trois D : doubt* (doute), *dread* (crainte), *deed* (acte) ».

Ni la théorie intellectuelle ni la théorie émotive de l'obsession ne nous satisfait complètement. Chacune d'elles peut expliquer une *partie* et un *moment* de cet état morbide, mais aucune ne rend compte de ses caractères fondamentaux et permanents.

A l'encontre de la théorie intellectuelle, on peut tout d'abord considérer

[1] Schüle. *Traité clinique des maladies mentales*, traduc. franç., 1888, p. 413.
[2] *Les psychoses*, in Traité de médecine de Charcot et Bouchard, 1894.
[3] J. Mickle. *Mental besetments*, Journal of mental science, octobre 1896.

comme démontré que l'idée ne devient obsédante que grâce à une altération mentale préalable. Tout le monde a l'idée de la rage et la crainte légitime du chien enragé; tout le monde n'a pas cependant la *phobie* de la rage. En réalité, les obsédés étaient des malades avant même le développement des obsessions précises, et ils restent des malades dans l'intervalle de leurs accès. Dans leur état morbide très complexe, dont l'obsession systématisée n'est que le symptôme le plus saillant, l'élément émotif joue un rôle incontestable. L'angoisse obsédante est souvent antérieure à l'idée qui lui donne sa formule durable (Berger, Wille, Féré, Freud, Hecker, Régis, etc.). Séglas rapporte le fait d'un obsédé suicide, affirmant nettement que les phénomènes d'angoisse précédaient toujours chez lui l'apparition de l'idée[1]. Il existe aussi des états d'angoisse obsédante et impulsive, dans lesquels l'élément intellectuel manque ou se réduit à très peu de chose; sous le nom d'*angoisse transitoire*, Krafft-Ebing a décrit des faits de cette nature[2]. En outre, il est difficile de contester l'influence des attitudes et des habitudes organiques sur le développement et la durée des émotions; les *gestes* de la colère et de la tristesse, s'ils ne créent pas ces émotions, les entretiennent certainement et les accentuent. Enfin, les obsessions surviennent presque toujours à la suite d'un choc émotionnel ou d'émotions répétées, si bien que les malades, ainsi que l'a expressément noté J. Falret, indiquent généralement le début précis de leurs crises, en le rapportant à un fait qui les a vivement impressionnés.

D'autre part, on sait qu'il n'y a pas de rapports fixes entre l'importance de l'idée obsédante et l'intensité de l'angoisse; la recherche obsédante d'un mot, la crainte de toucher un bouton de porte ou de traverser une place publique provoquent souvent une angoisse terrible, tandis que l'impulsion homicide ou suicide peut fort bien ne déterminer qu'une légère anxiété. Cela s'accorde mal avec l'hypothèse qui attribue à l'idée le rôle toujours prépondérant dans l'obsession.

La *marche* de l'obsession *par accès*, par crises plus ou moins violentes et séparées par des périodes de calme à peu près complet, est encore peu compatible avec cette hypothèse, car l'idée ne présente pas de semblables variations.

Il est aussi bien difficile d'expliquer, avec la théorie intellectuelle, l'*état panophobique*, dans lequel l'angoisse, une fois apparue, s'accroche en quelque sorte à toutes les idées que le hasard des circonstances fait surgir tour à tour. Ici, on est autorisé à penser que c'est l'angoisse et non l'idée qui constitue le fait essentiel.

La théorie émotive ou physiologique de Lange et de W. James a donc été une réaction utile contre la doctrine exclusivement intellectuelle. Elle a montré que, dans l'émotion et dans l'obsession, tout ne vient pas *d'en haut*, c'est-à-dire de l'intelligence proprement dite, et qu'il est nécessaire de faire une large place aux troubles profonds de l'organisme. Mais, quand elle subordonne tout aux symptômes purement organiques, aux modifications neuro-vasculaires,

[1] Séglas. *Loc. cit.*, p. 80.
[2] Krafft-Ebing, *Traité*, p. 256.

cette théorie prête, comme la précédente, à de nombreuses objections que l'on peut résumer sous deux chefs principaux : 1° elle attache à l'expression émotive et aux modifications périphériques une importance vraiment excessive ; 2° elle n'explique pas tous les faits, si elle en explique quelques-uns ; acceptable peut-être pour les émotions très simples, très générales, primitives, et pour les rares obsessions du même ordre, elle ne l'est plus pour les émotions complexes, dérivées, pour les émotions intellectuelles et morales [1], elle l'est moins encore pour la plupart des obsessions.

Nous avons vu que la théorie physiologique de l'émotion s'appuie sur ce fait incontesté que, dans l'ordre du développement, la vie affective précède la vie intellectuelle, que les tendances sont antérieures aux idées. Mais cette succession n'implique pas nécessairement qu'une fois la vie affective et la vie intellectuelle constituées l'une et l'autre, la première ne puisse être influencée en même temps que la seconde et par les mêmes causes, d'autant plus que leur séparation radicale est bien quelque peu artificielle. Cet argument repose sur la confusion de notions fort distinctes : l'évolution, d'une part, la physiologie et la pathologie, d'autre part, et il suppose prouvé ce qui, précisément, est en question, à savoir qu'une idée est toujours incapable de produire une réaction émotionnelle, soit normale, soit pathologique. L'extrême importance attachée à l'expression émotive n'est qu'une conséquence de cette première hypothèse.

Mais, pour justifier la théorie, il faudrait que l'expression émotive fût toujours adéquate à l'émotion. Il s'en faut de beaucoup, en réalité. Dans certains cas, l'émotion peut être jouée : on pleure *sans* être triste et l'on tremble *sans* être effrayé ; l'expression la plus véhémente peut fort bien se produire en l'absence ou avec un minimum d'émotion. Dans d'autres cas, l'expression extérieure de l'émotion est involontaire, alors que l'émotion interne manque ou n'est qu'ébauchée. Inversement, l'expression peut faire défaut dans des états d'émotion très vive : les colères *froides* n'ont pas de gestes, il y a de grandes douleurs sans larmes et de grandes joies muettes ; enfin, une volonté ferme peut atténuer l'expression émotive à ce point que des émotions violentes ne soient même pas soupçonnées, etc.

D'ailleurs, la concordance de l'émotion et de son expression organique ne prouverait pas que les modifications musculaires et vaso-motrices commandent l'émotion et que l'intelligence n'y ait que le rôle d'un témoin enregistreur. Soit, par exemple, le cas d'une mauvaise nouvelle déterminant une crise de désespoir, avec larmes ou syncope ; dira-t-on que le sujet est violemment ému *parce qu*'il a pleuré ou *parce qu*'il a perdu connaissance ? N'est-il pas plus vrai de dire que la pensée du malheur et de ses conséquences s'est immédiatement accompagnée d'un *état affectif* (tristesse, désespoir), lequel ensuite a provoqué la *réaction organique* (larmes, syncope) ? Soit encore cet exemple, souvent cité : d'après la théorie, la vue d'un

[1] W. James excluait de sa théorie la plupart des émotions de cette espèce, celles qu'il appelait émotions délicates (subtler).

ours nous effraierait *parce qu'*elle nous fait trembler. Mais pourquoi la vue d'un ours que nous savons empaillé (impression visuelle identique) ne nous fait-elle pas trembler ? C'est évidemment *parce que nous savons* que cet animal empaillé est inoffensif et, par suite, qu'il ne nous effraie pas. Ici, c'est donc bien de l'idée que dépend l'émotion.

Pour établir le bien fondé de la théorie physiologique ou périphérique, on invoque surtout les expériences de psycho-physiologie relatives au mécanisme de l'émotion ; mais, jusqu'à présent, ces expériences ne sont pas décisives. Si elles ont permis de reconnaître, d'une manière générale, que certaines modifications organiques sont plus spéciales aux émotions gaies et d'autres aux émotions tristes, elles n'ont pu démontrer la constance de ces rapports. En dehors de toute expérimentation, il est d'observation banale que l'on peut être oppressé par la joie comme par la tristesse ; que l'on pleure de joie, de chagrin ou de rage ; que l'on rougit pareillement de honte ou de plaisir, que l'on pâlit ou rougit de colère, etc. Les recherches expérimentales aboutissent à des constatations tout aussi variables. Qu'il s'agisse de la circulation, de la respiration ou des sécrétions, on rencontre des variations organiques de même formule dans des émotions de nature opposée; et inversement. Ces résultats incertains et un peu confus ne peuvent qu'entraîner des conclusions contradictoires.

G. Dumas [1], le traducteur de Lange et partisan de sa théorie dans l'ensemble, sinon dans tous les détails, distingue, d'après ses expériences personnelles, des *joies à hypertension sanguine* et des *joies à hypotension ;* des *tristesses a hypertension, à hypotension*, et des *tristesses actives*, à réactions paradoxales (vaso-constriction avec accélération du pouls). Binet et Courtier, Binet et Vaschide [2] ont obtenu des résultats semblables, qui leur paraissent contraires à la théorie ; ils ont vu, notamment, que les émotions de courte durée, *quelle que soit leur qualité*, produisent les mêmes effets : vaso-constriction, élévation de la pression sanguine, accélération de la respiration et du cœur. Une de leurs constatations fournit une preuve directe contre la théorie physiologique : ils ont vu la *réaction émotionnelle*, la conscience de l'état affectif *précéder* les modifications vaso-motrices [3]. Vaschide et Marchand concluent également à l'antériorité et à l'action pathogénique des phénomènes cérébraux sur les symptômes organiques [4]. Depuis longtemps, d'ailleurs, les recherches physiologiques de Bechterew et Mislawski avaient montré que l'excitation de certaines régions de l'écorce peut élever ou abaisser la pression sanguine, accélérer ou modérer l'activité du cœur ; cette action s'exerce par des voies autres que les voies pyramidales, puisqu'elle persiste après leur suppression [5].

[1] *La joie et la tristesse*, Rev. philos., juin, juillet, août 1896. — *La tristesse et la joie*, Paris, Alcan, 1900.

[2] *L'Année psychol.*, 1896, 1897.

[3] Binet et Courtier. *L'Année psychologique*, 1896, p. 14 et suiv.

[4] Vaschide et Marchand. *Contribut. à l'étude de la psychologie des émotions, à propos d'un cas d'éreuthophobie*, Rev. de Psychiat., juillet 1900.

[5] Bechterew et Mislawski. *Neurol. Centralbl.*, 1886.

La séparation des *états intellectuels* et des *états affectifs* n'est donc pas aussi radicale que le disent les partisans de la théorie périphérique de l'émotion. Pour eux, les états affectifs ne seraient que le reflet mental, que la conscience des modifications profondes de l'organisme produites par l'action de centres périphériques, *agents directs* des émotions, et dont le plus important serait situé dans la moelle allongée. Sergi admet, comme l'admettait Lange, l'existence de ce centre vaso-moteur, « *centre émotif principal et primaire* ». L'activité de ce centre pourrait être provoquée par des stimulations centrales (idées, perceptions) ou par des excitations périphériques (sensations), mais son intervention serait seule capable de produire la série des modifications vasculaires, respiratoires, sécrétoires, musculaires, etc., dont le résultat devenu conscient constituerait proprement l'émotion.

Mais c'est précisément la nécessité de ce ou de ces centres émotionnels spéciaux qui n'est pas démontrée. Les expériences que nous avons rappelées (Bechterew et Mislawski, Binet et Courtier, Vaschide et Marchand) fournissent de nouvelles raisons de croire que le travail cérébral détermine directement certaines modifications organiques. Par conséquent, dire que les états intellectuels ne sont, par eux-mêmes, ni pénibles ni agréables, qu'ils sont *indifférents,* à moins qu'un état affectif venu d'ailleurs ne leur soit surajouté, est une affirmation gratuite. Ce que l'on appelle *affectivité* n'a pas d'existence distincte, ce n'est qu'un des modes de l'intelligence et de la conscience. Il n'y a pas d'état psychique indifférent, chacun d'eux a un ton affectif propre et d'une qualité déterminée, suivant qu'il s'intercale dans une série à déroulement aisé ou pénible. Ce ton affectif n'est pas surajouté, il est *donné* en même temps que le phénomène psychique, dont il est partie intégrante ; il est évidemment renforcé par les modifications organiques qui accompagnent le travail cérébral, mais ces modifications ne sauraient produire l'émotion sans la perception ou le souvenir, c'est-à-dire sans le *fait cérébral* qui met en branle toute la série. « La conscience de l'émotion, dit J. Soury, n'est, en quelque sorte, que le choc en retour d'un ensemble immense de réactions parties de l'écorce, c'est-à-dire d'un état de conscience particulier, pour aboutir à un état général de cénesthésie secondaire, consécutive, nécessairement en accord, quant au ton affectif, avec la cause qui a déchaîné l'avalanche nerveuse [1]. »

La théorie physiologique ou périphérique de l'émotion nous satisfait moins encore quand on veut l'appliquer aux obsessions.

Dans la description de l'obsession, on est porté à envisager presque exclusivement la *crise obsédante,* avec ses caractères tranchés et ses symptômes bruyants, qui s'imposent plus fortement à l'attention et masquent tout le reste. Mais l'accès émotif n'est que la manifestation la plus apparente d'un état morbide très complexe ; il s'en faut qu'il soit toute l'obsession ; il n'en est pas même un élément indispensable : il manque toujours chez certains sujets à obsessions faibles ; chez d'autres, il n'apparaît que longtemps après les

[1] J. Soury. *Le système nerveux central.* Paris, Carré et Naud, 1899, II, p. 1336.

premières obsessions ; dans tous les cas, il n'est jamais qu'un incident, important sans doute, mais passager. La nature de l'obsession sera mieux comprise, croyons-nous, si, au lieu de considérer un symptôme isolé, on s'attache à l'étude du malade lui-même, de l'ensemble et de l'évolution des divers symptômes, à ce qui constitue le fond de la maladie, en un mot à l'*état obsédant.*

L'état obsédant préexiste à la crise angoissante et il persiste dans l'intervalle des paroxysmes ; il constitue la manière d'être habituelle et permanente des obsédés, même dans les périodes de calme complet et en dehors de toute manifestation émotionnelle (voir, surtout, l'*Aboulie* et les *Obsessions interrogatives*). Dès lors, il est difficile de comprendre que l'élément essentiel de cet état puisse être l'émotion, qui est, par définition, un phénomène brusque et transitoire.

A la vérité, les obsédés sont des émotifs, et l'émotion est l'un des agents provocateurs de la crise obsédante. Mais encore faut-il reconnaître que l'angoisse des obsédés diffère de l'angoisse émotive ordinaire ; ainsi qu'on l'a souvent remarqué, elle est surtout *cérébrale, intellectuelle ;* c'est une anxiété mentale plutôt qu'une angoisse organique ; elle résulte, au moins en grande partie, de la lutte contre l'idée obsédante, elle est *secondaire,* dans bien des cas.

Enfin, s'il est possible de retrouver la genèse des obsessions liées aux besoins de l'organisme dans les tendances et les modifications organiques profondes, il est bien difficile d'admettre cette même genèse pour les obsessions qui n'ont aucun rapport avec l'organisme, qui sont le résultat d'un trouble des « sensations, matière de la vie intellectuelle » (Ribot), ou même d'une perturbation qui, par-dessus les sensations, semble atteindre directement la fonction intellectuelle. Telles sont certaines *phobies :* à quel trouble organique primitif, indépendant, peut correspondre, pour ne citer que cet exemple, l'obsession anxieuse des boutons de porte ? Telles sont, surtout, les obsessions des *scrupuleux* et des *douteurs :* un malade est obsédé par la crainte de regarder les gens avec effronterie, un autre par le besoin de s'assurer que son mouchoir et sa montre sont bien dans sa poche, un troisième est poursuivi jusqu'à l'anxiété par la question de savoir pourquoi les arbres sont verts, pourquoi les hommes ne sont pas grands comme des maisons, etc. Où trouver, dans tout cela, l'influence d'une tendance organique ou d'un trouble vaso-moteur ?

Nous admettrons donc que la cause des obsessions est variable suivant les cas : tantôt, c'est dans les phénomènes organiques de l'émotion qu'il faut la chercher, et c'est tantôt dans l'idée. Mais, à notre avis, l'émotion et l'idée ne fournissent que la *cause déterminante* de l'obsession ; ni l'une ni l'autre ne nous en donnent la *cause réelle et profonde,* parce qu'elles n'expliquent ni les obsessions, pourtant si fréquentes, qui restent à l'état faible, ni l'état obsédant, antécédent et substratum des obsessions caractérisées. Pour que les tendances obsédantes se fixent en des idées précises, il est nécessaire qu'il existe un trouble préalable du dynamisme mental. L'émotion ne fournissant pas la raison suffisante de ce trouble, il reste à invoquer une autre condition,

un peu trop négligée, et qui me semble avoir dans l'obsession une importance capitale ; cette condition est réalisée par une *lésion de la volonté.*

A des degrés divers, les obsédés sont tous des hésitants, des perplexes, des *abouliques ;* ils sont incapables d'efforts volontaires quelque peu soutenus ; abandonnés à leurs propres forces, ils ne finissent rien, ils n'aboutissent pas, qu'il s'agisse d'idées ou de mouvements. En dehors même des crises angoissantes, jusque dans les actes les plus étrangers à leurs obsessions et les plus insignifiants, cette véritable *insuffisance mentale* se trahit chez eux par la faiblesse et l'hésitation dans tous les modes de l'activité : hésitation intellectuelle, hésitation et difficulté des mouvements musculaires. A cet égard, l'étude des mouvements offre, chez les obsédés, un intérêt considérable et qui justifierait des recherches approfondies. C'est là un point sur lequel nous avons insisté, dans un travail publié en 1892, en collaboration avec le professeur Raymond[1]. Nous avons établi l'existence habituelle, dans les obsessions, d'impulsions et d'inhibitions ou phénomènes d'arrêt, c'est-à-dire de *troubles moteurs volontaires.* Dans les mouvements en général, il y a défaut d'impulsion et de sûreté ; l'hésitation, l'incertitude y sont manifestes. Les actes les plus délicats, les plus complexes, sont les plus altérés, et d'autant plus qu'ils sont moins accoutumés. Mais les mouvements familiers eux-mêmes sont souvent atteints, ils perdent dans une certaine mesure leurs caractères acquis de rapidité et de facilité, etc.

C'est surtout dans la *Folie du doute,* type des obsessions dites *intellectuelles,* que nous avons étudié ces troubles moteurs. Mais ils se rencontrent également dans les autres obsessions, dans la *crainte du contact*, par exemple, où l'angoisse est ordinairement liée au *contact actif,* c'est-à-dire à un acte volontaire, le contact passif ne produisant aucune impression fâcheuse (P. Janet). Depuis longtemps, Cordes avait signalé l'existence de troubles moteurs dans « l'Agoraphobie », et, bien avant lui, Billod avait décrit certaines obsessions comme des *maladies de la volonté*[2].

P. Janet, qui a étudié avec tant de soin les rapports de l'obsession et de l'aboulie, admet que « la volonté, considérée comme faculté de mettre en mouvement les membres, et l'intelligence, considérée comme l'élaboration des sensations et des images, renferment des éléments communs. Ces éléments communs ne peuvent pas être altérés sans troubler les deux fonctions : la volonté et l'intelligence. Cet élément commun est ici l'élaboration, la synthèse des éléments psychologiques faite à chaque moment de la vie d'une manière nouvelle ; c'est l'adaptation de l'être au milieu, aux circonstances[3]. » Chez l'aboulique, dirons-nous, l'adaptation aux circonstances est difficile ou même impossible ; le contrôle de la volonté est compromis ou perdu ; la personnalité est dissociée et l'automatisme entre en lutte avec la volonté. La

[1] Raymond et Arnaud. *Sur certains cas d'aboulie avec obsessions interrogatives et trouble des mouvements* (*Folie du doute avec délire du toucher*). Annal. méd. psychol., sept. oct. 1892.

[2] Billod. *Maladies de la volonté*, Annal. méd. psych., 1847, t. X.

[3] P. Janet. *Sur un cas d'aboulie et d'idées fixes*, Rev. philos., mars et avril 1891, p. 396.

conscience est envahie par des systèmes psychologiques qu'elle ne reconnaît pas pour siens, qui lui apparaissent comme étrangers, mais qui s'imposent à elle, malgré elle, qui la violentent et qui la troublent jusqu'à l'angoisse. Ces systèmes, produits de l'automatisme psychologique, sont les obsessions.

En définitive, l'obsession nous apparaît comme un phénomène extrêmement complexe, intéressant à la fois, par une série d'actions et de réactions, toute la vie mentale et une partie des fonctions organiques. La condition fondamentale en est un trouble primitif et généralisé, affectant, dans leurs associations dynamiques, les éléments communs à la volonté et à l'intelligence. Ce trouble n'est que la manifestation d'un affaiblissement des « synthèses mentales », du pouvoir « d'adaptation au milieu, aux circonstances » ; d'un seul mot, c'est l'*aboulie*. Chez les obsédés, quels que soient le degré et la nature des obsessions, l'aboulie se retrouve toujours, elle préexiste aux obsessions et les prépare, sa permanence explique l'état obsédant.

L'*élément émotif* et l'*élément intellectuel pur*, l'*idée*, jouent l'un et l'autre un rôle important, mais néanmoins secondaire, dans la pathogénie de l'obsession. L'*émotivité* des obsédés intervient dans l'apparition, dans l'intensité, dans le rappel des crises angoissantes, mais elle ne saurait créer l'obsession. Elle n'est vraisemblablement elle-même qu'une conséquence de l'aboulie. On sait que les abouliques ont conscience, au moins à quelque degré, de leur impuissance relative ; ils s'en préoccupent sans cesse, ils vivent dans l'appréhension d'épreuves nouvelles, et par là s'explique fort bien leur émotivité spéciale.

L'*idée* détermine le point de départ et l'orientation des obsessions ; elle influence leur développement, elle active par association la reviviscence des états affectifs que l'obsession met en jeu ; enfin, la lutte de la conscience contre l'envahissement de l'idée obsédante aggrave les effets de l'angoisse. Mais l'influence de l'idée est subordonnée à une altération préalable ou concomitante de la volonté. Son rôle propre, dans l'obsession, est de donner satisfaction à ce besoin d'explication et de logique de notre esprit, en fixant dans une formule définie un état jusqu'alors imprécis. Si l'aboulie est la base et comme la structure intime de l'obsession, l'idée en est le revêtement extérieur, c'est elle qui donne à chaque obsession sa physionomie individuelle. En ce sens seulement on peut dire de l'obsession qu'elle est « une émotion systématisée », car, de sa nature, l'émotion est un état diffus, sans représentation objective ; elle est entièrement subjective et ne représente qu'elle-même. C'est l'idée qui donne à l'obsession et sa formule et son caractère systématique. Mais un tel système ne peut se former, et surtout il ne peut durer que si la volonté est affaiblie et son contrôle gravement compromis. L'obsession est, avant tout, une *maladie de la volonté*.

II. Caractères cliniques de l'obsession. — Les diverses obsessions et impulsions ont toutes, quelle que soit d'ailleurs leur formule particulière, un certain nombre de caractères communs, reconnus par tous les auteurs, et dont l'en-

semble constitue l'état obsédant. Ces caractères sont bien résumés par J. Falret, dans les conclusions de son rapport au Congrès de 1889.

Nous les reproduisons ici, en nous réservant de montrer chemin faisant les modifications que des travaux ultérieurs ont pu légitimement introduire dans cette question.

Pour notre savant maître, les caractères cliniques généraux des obsessions peuvent se résumer ainsi :

« 1° Elles sont toutes accompagnées de la conscience de l'état de maladie ;

« 2° Elles sont toutes héréditaires ;

« 3° Elles sont essentiellement rémittentes, périodiques et intermittentes ;

« 4° Elles ne restent pas isolées, dans l'esprit, à l'état monomaniaque, mais elles se propagent à une sphère plus étendue de l'intelligence et du moral, et sont toujours accompagnées d'angoisse et d'anxiété, de lutte intérieure, d'hésitation dans la pensée et dans les actes et de symptômes physiques de nature émotive plus ou moins prononcés ;

« 5° Elles ne présentent jamais d'hallucinations ;

« 6° Elles conservent les mêmes caractères psychiques, pendant toute la vie des individus qui en sont atteints, malgré des alternatives fréquentes et souvent très prolongées de paroxysme et de rémissions, et ne se transforment pas en d'autres espèces de maladies mentales ;

« 7° Elles n'aboutissent jamais à la démence ;

« 8° Dans quelques cas rares, elles peuvent se compliquer de délire de persécution ou de délire mélancolique anxieux, à une période avancée de la maladie, tout en conservant toujours leurs caractères primitifs. »

Sans nous astreindre à l'ordre suivi par J. Falret, nous décrirons, avec les détails nécessaires, les caractères de l'état obsédant.

L'*état obsédant* présente à considérer deux catégories de symptômes. Les uns, qui sont les plus apparents, les plus bruyants, procèdent par *paroxysmes* et constituent la *crise obsédante*. Les autres sont l'expression du *fond psychique permanent* des malades ; moins apparents que les premiers, ils sont aussi plus importants, puisqu'ils en fournissent la raison d'être et l'explication. Nous parlerons d'abord des symptômes que l'on observe dans l'intervalle des paroxysmes, avant de décrire l'accès obsédant.

a. *Symptômes interparoxystiques*. — Ces symptômes sont *continus* et persistent tant que dure la maladie. Pendant l'accès, ils sont masqués par des symptômes plus éclatants. Mais il importe d'observer qu'ils existent à l'état d'ébauche avant même l'éclosion de la maladie confirmée ; ils caractérisent le terrain qui lui permettra de se développer, ils constituent les stigmates de la prédisposition, héréditaire ou acquise. D'une manière générale, ils ne sont pas autre chose que les symptômes psychiques et somatiques de la *neurasthénie* : « On a comme l'impression, disent Pitres et Régis, que l'obsession est la fille ou la sœur de la neurasthénie [1] ».

[1] Pitres et Régis. *Séméiologie des obsessions.*

D'une part, en effet, les malades présentent un affaiblissement notable de la volonté, une irrésolution perpétuelle, une faiblesse marquée de l'attention avec impossibilité d'un effort intellectuel quelque peu soutenu ; en outre, l'humeur est mobile, le caractère est irritable avec disposition mélancolique, préoccupations hypocondriaques. Presque toujours, il existe également une véritable hyperesthésie morale, une tendance marquée à donner aux plus petites choses une importance exagérée, à se créer des scrupules sans raison, à s'émouvoir sans motifs suffisants. Bref, l'état mental des futurs obsédés se caractérise essentiellement par trois termes ; *aboulie*, *émotivité excessive*, *scrupules*, qui sont autant de manifestations du déséquilibre mental.

D'autre part, les symptômes *somatiques* sont, pour la plupart, des stigmates de l'état neurasthénique. Ils consistent en névralgies diverses, surtout en céphalalgies avec serrement aux tempes et à la nuque, survenant par accès plus ou moins rapprochés ; en troubles digestifs avec constipation habituelle et bouffées de chaleur après les repas ; enfin, en troubles vaso-moteurs se traduisant par des alternatives de pâleur et de rougeur de la face, sous l'influence des moindres émotions, par des sueurs abondantes, localisées de préférence à la paume des mains et à la tête, par de la séborrhée, etc.

b. *Symptômes de l'accès.* — Le paroxysme obsédant est caractérisé par un certain nombre de symptômes physiques et psychiques.

I. Les *symptômes physiques* ne sont que l'exagération des signes habituels de l'émotion. Certains malades présentent des tremblements d'une étendue et d'une intensité variables ; souvent ils sont agités, ne peuvent rester en place, ils poussent des gémissements ou des cris, ils éprouvent un sentiment d'anxiété épigastrique très pénible ; le pouls, légèrement accéléré, est rarement irrégulier ; la respiration est rapide et oppressée, la gorge est serrée, le visage animé et couvert de sueur. D'autres, au contraire, restent immobiles et raidis, n'osant risquer un mouvement ; le regard vague, l'attitude absorbée, ils semblent étrangers à ce qui les entoure, ils sont *absents* ; ils pâlissent et rougissent alternativement, ils marmottent certaines paroles à demi-voix, etc.

Entre ces deux types extrêmes, on trouve tous les états intermédiaires. Dans certains cas, ce qui domine, ce sont des *phénomènes vertigineux :* éblouissements, bourdonnements d'oreilles, battement des tempes, dérobement des jambes, sensation de lipothymie, etc. ; ce sont là, en particulier, les symptômes qui accompagnent la *crise agoraphobique*. On observe encore fréquemment des sueurs froides et plus ou moins abondantes, principalement à la tête et à la paume des mains ; des sensations variées de chaleur ou de refroidissement aux extrémités, des troubles intestinaux, etc.

En résumé, les signes physiques de la crise obsédante consistent essentiellement en modifications musculaires et vaso-motrices, en troubles des sécrétions et excrétions, et en sensations particulières déterminées par ces divers changements.

A un degré et dans des combinaisons variables, ces symptômes se retrou-

vent dans les paroysmes de toutes les obsessions, quelle que soit leur nature; ils traduisent au dehors et ils mesurent l'*angoisse* obsédante. Il n'y a pas de rapport appréciable entre leur intensité et la nature ou la forme de l'idée obsédante. Tel malade, atteint de crainte du contact, tombera en syncope si on veut l'obliger à toucher une pièce de monnaie. Tel autre, obsédé par l'idée du meurtre, arrivera à la fin de sa crise sans autres réactions physiques que des frissonnements accompagnés de moiteur à la paume des mains. Ceci, nous l'avons dit, se concilie bien difficilement avec la théorie qui prête à l'idée un rôle absolument prépondérant et pathogénique dans l'obsession. L'intensité des signes physiques dépend de causes qu'il est impossible de déterminer avec précision ; elle varie d'un accès à l'autre, pour une même obsession et chez un même malade, avec l'état de la santé générale, avec les incidents de la vie quotidienne, avec les dispositions intérieures des malades, qui, elles-mêmes, varient sous l'influence de modifications organiques insaisissables.

III. — Les Symptômes psychologiques de l'obsession se résument dans les caractères de l'*idée obsédante*. Très variable chez les différents malades, l'idée donne à chaque cas particulier son individualité, sa physionomie propre. Mais elle a, chez tous les sujets, des caractères généraux communs. Ces caractères sont les suivants : l'idée obsédante est *involontaire* et *automatique*, *irrésistible*, *étrangère* au cours normal des idées et, parfois même, *en contradiction* avec lui; enfin, et c'est là un de ses caractères les plus importants, elle est *consciente*, c'est-à-dire que le malade la juge déraisonnable et pathologique, alors même qu'il s'y soumet entièrement.

L'idée obsédante est *involontaire* et *automatique, étrangère* au cours normal des idées. C'est dire qu'elle est indépendante des influences qui règlent d'ordinaire l'activité intellectuelle. Les occupations professionnelles, les habitudes d'esprit, les associations logiques, l'intervention de la volonté dans une certaine mesure, agissent sur nos idées, favorisent ou contrarient leur apparition et leur développement, les orientent dans tel ou tel sens, etc. Rien de semblable pour l'idée obsédante. Elle naît à son heure, parfois subitement, parfois précédée et comme annoncée soit par une sorte d'*aura*, soit par de véritables *prodromes ;* elle apparaît dans l'esprit comme une intruse, elle s'y installe et l'envahit tout entier, à la manière d'un véritable corps étranger, d'un *parasite* qui dérive à son seul profit toute l'activité mentale. Souvent le malade assiste avec surprise à l'extension de cette idée, qu'il ne reconnaît pas pour sienne, qui lui semble venir du dehors, en quelque sorte par effraction. Sans doute, elle ne se produit pas sans causes, mais ces causes sont en dehors de la conscience, elles résident dans les régions de l'inconscient où s'agitent ces tendances obscures qui, à notre insu, influencent si profondément notre vie psychique. Elle dure plus ou moins longtemps, puis elle disparaît brusquement, comme elle était venue, et sans plus de raison apparente. De même qu'elle n'était, pour la conscience, reliée à aucun antécédent, elle n'entraîne, une fois disparue, aucune conséquence logique ; sa disparition n'a d'autre uti-

lité que de débarrasser l'esprit et de lui rendre sa liberté jusqu'à un nouve assaut.

D'ordinaire, le rapport est direct et immédiat entre l'idée obsédante et son contenu : par exemple, l'idée du chien enragé et l'obsession de la rage se présentent simultanément et sans intermédiaire. Mais, parfois, l'idée surgit d'une association *par contraste :* certains mots, certaines idées évoquent leur contraire, et c'est cette seconde idée qui s'impose irrésistiblement à l'esprit. Il est des obsédés qui ne peuvent, à certains moments, penser aux personnes qu'ils aiment le plus tendrement ou voir ces personnes sans être poursuivis par l'idée de les tuer. Malgré toute l'horreur que leur inspire une telle pensée, ils ne peuvent s'en débarrasser, et elle prend même quelquefois les caractères de l'impulsion. Il n'est pas rare d'entendre des personnes pieuses, de mœurs exemplaires, se plaindre d'être assaillies, à l'église ou pendant leurs prières, de pensées et d'images lubriques qu'en dépit de tous leurs efforts elles ne peuvent éloigner. Les malades de cette catégorie, dit Krafft-Ebing, sont poussés à blasphémer à l'église, pendant le sermon, à prononcer dans leurs prières le mot *enfer* au lieu du mot *ciel*, *maudit* au lieu de *béni*, etc. [1].

Les moralistes et les théologiens connaissent bien les faits de cette nature. Mais les *obsessions par contraste* sont peu étudiées dans les ouvrages classiques ; la plupart des auteurs ne les signalent même pas. Cependant, l'association par contraste a été invoquée pour expliquer certaines obsessions. C'est par ce mécanisme que F. Paulhan croit pouvoir rendre compte de la *folie du doute* (voy. plus loin : *Théories de l'aboulie*). C'est encore à l'association par contraste que certains auteurs rattachent l'*impulsion coprolalique*.

Un autre caractère de l'idée obsédante est d'être *irrésistible*, de s'imposer à l'esprit, en dépit de tous les efforts contraires des malades : « Ces idées [2], ces émotions ou ces impulsions, dit J. Falret, dominent leur existence tout entière ; elles réagissent sur tous leurs actes et sur toute leur conduite et modifient toute leur manière de vivre. Ils luttent contre elles avec énergie, ils cherchent à les repousser et à les combattre, mais elles s'imposent à eux, malgré eux, au point de les rendre incapables de toute autre préoccupation ». L'irrésistibilité de l'idée obsédante s'affirme surtout, ainsi que nous l'avons déjà indiqué, au point de vue psychologique : l'esprit est envahi malgré tous les efforts contraires de la volonté ; c'est à ce point de vue seulement que l'obsession est vraiment irrésistible et qu'elle l'est dans tous les cas.

L'irrésistibilité de l'idée s'affirme encore, au point de vue pratique, par les actes qu'elle commande. Mais, ici, elle est beaucoup moins absolue. Dans certains cas, elle est telle que l'acte suit comme un réflexe instantané ; le malade prend conscience au même moment et de l'idée et de l'acte qu'il exécute sous son influence, il n'y a ni résistance ni lutte. Marc rapporte le cas d'une femme qui, assise devant sa porte et travaillant paisiblement, se lève brusquement et va se jeter à l'eau. On la sauve, et elle ne peut fournir de son acte étrange

[1] Krafft-Ebing. *Traité*, p. 80 et 543.
[2] *Rapport sur les obsessions*, Congrès international de 1889.

d'autre explication que celle-ci : *Je ne sais pas, je me suis sentie poussée à me noyer, et j'ai dû obéir !* (voy. *Impulsion suicide*). Mais, le plus souvent, l'idée irrésistible n'a ni cette violence, ni cette soudaineté. Le malade peut lutter, et il lutte avec plus ou moins de succès. Souvent, et surtout au début de l'obsession, le malade est victorieux dans la lutte ; mais sa force de résistance s'épuise progressivement, la lutte devient de plus en plus pénible et son résultat plus incertain.

Dans ce combat contre l'obsession, les malades ont souvent recours à des *moyens détournés,* plus ou moins propres à suppléer à l'insuffisance de la volonté. Si elle ne peut rien sur l'idée elle-même, quand celle-ci est implantée dans l'esprit, la volonté peut essayer de retarder ou d'empêcher son apparition ; elle peut aussi, dans bien des cas, ne pas céder à l'impulsion, s'abstenir de l'acte commandé. Les malades réussissent parfois à retarder le développement de l'obsession, à diminuer son intensité et même à la chasser en s'appliquant à un travail absorbant, en cherchant à se distraire par différents moyens, en provoquant une conversation animée, etc., ou même, plus simplement, en sollicitant le témoignage d'autrui, dans un sens particulier. Ces procédés indirects sont surtout efficaces chez les sujets dont les crises obsédantes sont précédées de phénomènes prodromiques et qui ont ainsi le temps de chercher des appuis à leur volonté chancelante. Malheureusement, l'idée obsédante détermine par sa seule présence un développement excessif de l'*attention involontaire,* automatique, aux dépens de l'attention volontaire, presque annihilée ; la conscience est réduite à un véritable *monoidéisme* au profit de l'idée envahissante. Par suite de cet état de concentration — on pourrait presque dire : de contracture — de la conscience, le malade est *distrait* à l'égard de tout ce qui n'est pas l'idée dominante, et il ne peut que très difficilement s'appliquer à un autre objet ; il perçoit beaucoup plus faiblement qu'à l'état normal (Buccola, P. Janet ont montré expérimentalement que les temps de réaction deviennent beaucoup plus longs au moment des crises obsédantes), et rien ne réussit à solliciter son attention déjà très insuffisante. Aussi, la lutte indirecte contre l'obsession, plus efficace, lorsqu'elle est possible, que la résistance directe, ne donne-t-elle également que des résultats limités et transitoires, et d'autant moins satisfaisants que l'obsession est plus ancienne.

Dans le cas d'impulsion, la volonté n'est pas non plus complètement désarmée. Il y a là évidemment des conditions individuelles variables, un certain rapport entre l'énergie de l'impulsion et la force de résistance de chaque sujet ; mais il est incontestable que de nombreux malades luttent pendant fort longtemps contre des obsessions impulsives et n'y succombent jamais. Les circonstances les plus imprévues les y aident parfois. Marc parle d'un malade à qui il suffisait de se faire lier les pouces avec un ruban pour triompher de l'impulsion homicide. Nous aurons l'occasion de citer des faits de ce genre en étudiant les obsessions en particulier. Il nous suffit ici de constater que l'idée obsédante n'est rigoureusement irrésistible que dans ses effets psychologiques (envahissement de la conscience, empêchement ou gêne des opérations intellectuelles normales). Dans ses conséquences pratiques (actes qu'elle commande), son

irrésistibilité n'est pas absolue, et il est d'observation que très souvent les malades résistent à leurs impulsions ou n'y cèdent que partiellement.

Mais, presque toujours, l'obsession est accompagnée d'une *angoisse* caractéristique, dont l'intensité est d'ailleurs très variable. Les causes de cette angoisse sont multiples. Une des principales est la violence même avec laquelle l'idée s'impose à l'esprit, qui doit la subir sans la reconnaître pour sienne. Au trouble causé par cette effraction de la conscience s'ajoute la perturbation qu'apporte l'idée obsédante dans le fonctionnement psychique, l'empêchement ou l'arrêt des opérations normales, surtout de l'attention volontaire. Il faut noter encore, parmi les causes de l'anxiété paroxystique, la résistance qu'oppose le malade aux conséquences de l'obsession, avec le sentiment de son impuissance et la crainte de commettre des actes jugés ridicules ou nuisibles. On a dit, à ce propos, que les obsessions qui poussent à des actes graves, l'obsession homicide, par exemple, déterminent une angoisse plus intense qu'une obsession dont les conséquences pratiques sont insignifiantes. Ce rapport entre le *contenu de l'idée* et l'intensité de l'angoisse peut exister dans certains cas, mais il est loin d'être constant ; le plus souvent, le degré de l'anxiété est indépendant de la nature de l'idée obsédante, la crainte de toucher un bouton de porte ou une pièce de monnaie bouleverse les malades autant que la crainte de commettre un meurtre. On a dit aussi que le *non-accomplissement* de l'acte commandé est un des éléments de l'état anxieux, et on en voit une preuve dans le *bien-être* qui suit presque toujours l'accomplissement de ces actes. Ceci me paraît très contestable et, de plus, en contradiction avec l'influence attribuée au contenu de l'idée. Dans l'obsession homicide, par exemple, si l'idée du meurtre, si la crainte de le commettre sont angoissantes, comment sa non-exécution le serait-elle aussi ?

En réalité, ainsi que nous l'avons admis, l'angoisse résulte des conditions anormales et profondes qui déterminent l'obsession, du sentiment qu'a le malade de son impuissance, de l'émotivité pathologique, de la scission de la conscience au moment de l'accès. Elle résulte souvent aussi de la réviviscence de l'état émotionnel qui a été le point de départ de l'obsession, réviviscence dont la vivacité peut être telle qu'elle mérite le nom d'*hallucination du sentiment* (Féré). Par le conflit qu'elle engage avec la volonté, par les réactions qu'elle détermine, l'idée aggrave encore les effets de l'angoisse, mais elle ne la crée pas.

Le *soulagement consécutif* au paroxysme obsédant n'est pas autre chose que la détente nerveuse qui marque la disparition de l'obsession et le retour à l'état normal. La soumission à l'idée obsédante, l'accomplissement de l'acte n'y est pour rien, sauf d'une manière indirecte et quand cet acte entraîne secondairement des sensations particulières. Il peut y avoir alors, non plus un simple soulagement, mais une satisfaction très vive, un sentiment de félicité profonde. C'est ce que l'on observe, par exemple, chez les *pyromanes* qui restent en extase devant le feu qu'ils ont allumé, ou chez les *obsédés sexuels*, pour qui l'accomplissement de l'acte obsédant est le point de départ de sensations voluptueuses, etc.

Quoi qu'il en soit de ses causes et de sa nature, le degré de l'angoisse est très variable suivant les malades et suivant les circonstances. Très faible dans certains cas, elle se réduit à une anxiété morale, les troubles physiques n'y sont qu'ébauchés. Dans les cas plus graves, les symptômes physiques prédominent ; il y a sensation de détresse profonde, menace de syncope et sentiment de mort prochaine. D'une manière générale, il existe un certain rapport entre les degrés de l'angoisse et du soulagement consécutif : le second est d'autant plus accentué que la première était plus intense.

Enfin, l'idée obsédante est *consciente*. C'est un des caractères qui lui sont le plus anciennement et le plus généralement reconnus. Esquirol, Delasiauve, Morel y insistaient. J. Falret montrait en 1866, devant la Société médico-psychologique, toute l'importance de ce caractère, et, dans son rapport au Congrès de 1889, il écrit : « Les malades ont parfaitement conscience de leur état ; ils reconnaissent la nature maladive des phénomènes qu'ils éprouvent ».

Il est certain que dans l'intervalle des accès les obsédés apprécient presque toujours d'une manière correcte « la nature maladive » de leurs obsessions. Il est également certain que, même en pleine crise, ils restent souvent capables de s'observer, de reconnaître la double influence qui agit sur eux, de lutter et de souffrir du sentiment de leur faiblesse, etc. Il y a là un ensemble de caractères qui distinguent profondément l'idée obsédante de l'idée fixe pathologique. La conscience de l'état de maladie, persistant pendant toute la durée d'un trouble mental manifeste, constitue un caractère clinique d'une importance capitale, un des plus importants et des plus utiles pour le diagnostic des états d'obsession.

Ceci reconnu, il serait excessif de soutenir que la conscience est intacte pendant la crise obsédante, que le malade se juge comme s'il était tout à fait normal. C'est un peu comme si l'on soutenait qu'il est malade sans l'être. Ce ne serait pas seulement une erreur psychologique, ce serait encore une erreur clinique. Les obsédés, même pendant leur accès, *se savent malades ;* on peut affirmer cela. Mais il ne s'ensuit en aucune façon qu'ils apprécient exactement l'étendue et la complexité de leur état morbide, que la conscience, ainsi qu'on le répète trop volontiers, reste *complète,* c'est-à-dire, en réalité, normale. Je partage sur ce point l'opinion de P. Janet et de Séglas. Le système psychologique qui constitue l'obsession et qui, de l'avis de tous, envahit la conscience au point de l'occuper tout entière, l'encombre et l'obscurcit par sa seule présence, il détourne son attention disponible par la lutte qu'il détermine, il substitue une attention involontaire et forcée à l'attention volontaire et raisonnée. Il entame par conséquent, dans une mesure variable suivant les cas, mais toujours appréciable, la liberté et la lucidité de l'esprit. On a dit avec raison que la crise obsédante représente une véritable convulsion intellectuelle, un état spasmodique de la conscience. Les preuves cliniques abondent de cette altération de la conscience. Beaucoup de malades disent que leur intelligence est comme dans un brouillard, ils ne se rendent pas un compte exact de leurs pensées et de leurs actes : *ils ont été poussés par un je ne sais quoi, c'est la maladie qui les a entraînés,* disent-ils vaguement, pour

expliquer leur conduite. La plupart accusent des bourdonnements d'oreilles, des éblouissements, des vertiges. L'angoisse qui les étreint est, de l'aveu de tous les observateurs, surtout *cérébrale*. Voilà encore un symptôme peu compatible avec l'hypothèse de l'intégrité de la conscience. Certains actes exécutés pendant le paroxysme trahissent manifestement un trouble de la conscience : le douteur qui éprouve le besoin angoissant de faire répéter ou de répéter lui-même indéfiniment les mêmes choses n'est certes pas dans un état de complète lucidité. « Le délirant du toucher, qui se lave indéfiniment les mains pour avoir effleuré un bouton de porte ou rencontré un enterrement, peut-il passer pour avoir eu à ce moment la conservation de toute sa conscience[1] ? » Séglas cite encore le cas d'un jeune homme, atteint de folie du doute, qui lui disait : « Je ne puis m'absorber sur rien, je ne puis plus même lire ; mon attention s'éparpille aux moindres faits, je ne comprends ni ne retiens rien... Au théâtre ou au concert, je ne puis suivre le spectacle, je regarde sans voir..., mes idées me travaillent, partant du programme que j'ai à la main, pour arriver au Kamtchatka, et cela n'a pas de raison de s'arrêter[2]. »

Ribot[3], P. Janet[4], etc., ont démontré que les perceptions sont altérées chez les obsédés, pendant leurs crises, et Buccola a fourni de ce fait une preuve expérimentale : il a trouvé, dans ces conditions et pour un même sujet, que les temps de réaction s'allongent de moitié. P. Janet arrive à des résultats semblables.

Dans les cas graves, l'idée obsédante automatique entraîne, par son action envahissante, un véritable *dédoublement* de la conscience. Une malade de Séglas s'exprime ainsi : « Je me fais l'effet d'être *double*, je me sens comme *deux pensées* se combattant : une qui est bien la mienne, qui cherche à raisonner, mais sans succès ; une autre qui me serait en quelque sorte imposée et que je subis toujours. Dans tout cela, je finis par ne plus me reconnaître, mes idées s'embrouillent et je ne puis plus démêler le vrai du faux » (*loc. cit.*, p. 124).

Quand on peut vivre dans l'intimité d'un obsédé, on remarque bientôt certains troubles que le malade ignore, non pas seulement pendant ses accès, mais aussi *pendant les périodes de calme*. De telle sorte que, malgré toute sa sincérité, un obsédé est incapable de donner sur son état des renseignements *absolument* complets. Il est certains détails qu'il faut découvrir, et qu'un observateur attentif révèle au malade, au lieu de les connaître par lui. C'est ainsi que les sujets atteints de folie du doute ne soupçonnent pas du tout ces troubles élémentaires du mouvement signalés par P. Janet et par nous-mêmes[5]. Un de nos malades avait parfaitement conscience de ses obsessions

[1] Séglas. *Leçons cliniques*.
[2] *Ibid.*, p. 125.
[3] *Maladies de la volonté*.
[4] *Sur un cas d'aboulie et d'idées fixes*, Revue philosophique, mars et avril 1891. Du même. *État mental des hystériques, les stigmates mentaux*. 1 vol. de la bibliothèque Charcot-Debove. *Névroses et idées fixes*. Paris, 1898.
[5] P. Janet. *Ibid.* — Raymond et Arnaud. *Sur certains cas d'aboulie*, etc., Annal. méd. psych., 1892.

interrogatives et de leur nature morbide, mais il méconnaissait complètement une foule de petits symptômes qui appartenaient à la crainte des contacts. Une autre malade, également obsédée par le doute et qui appréciait correctement ces obsessions, avait la phobie de la rage après avoir été attaquée par un chien : elle n'a jamais admis le caractère maladif de cette dernière obsession. Dans ces différents cas, il a fallu, pour reconnaître ces altérations de la conscience, vivre de l'existence quotidienne des malades, les regarder agir au lieu de les interroger. Pour le dire en passant, je pense que si l'on a pu décrire comme distincts deux états aussi généralement réunis en fait et psychologiquement aussi semblables que la *folie du doute* et le *délire du toucher,* c'est précisément parce qu'on s'en est trop rapporté à l'appréciation des malades supposés tout à fait conscients de leur état ; on admet d'après eux les obsessions interrogatives qu'ils avouent complaisamment, et on méconnaît comme eux les troubles de la volonté et de l'émotivité qui correspondent à la crainte du contact.

Nous nous sommes étendus sur ce qu'il faut entendre par le *caractère conscient* de l'obsession, parce que, malgré son importance, ce point est un peu sommairement indiqué dans la plupart des ouvrages classiques. Nous dirons en résumé que, d'une manière générale, l'obsession est *consciente,* en tant que phénomène morbide, *avant, pendant* et *après* les crises ; c'est là un caractère d'une très haute importance clinique. Mais il est indispensable d'ajouter que, chez ces malades, la conscience est altérée comme les autres fonctions mentales : elle est *incomplète* et plus ou moins *obscurcie* au moment des accès ; elle reste même souvent incomplète dans les périodes interparoxystiques, et, dans ce cas, le trouble de la conscience est permanent. Plus la maladie se prolonge, plus les crises obsédantes se rapprochent, et plus l'altération de la conscience s'accuse ; l'obsession peut se compliquer alors d'un véritable délire.

L'obsession peut s'accompagner d'hallucinations. Elle peut aussi aboutir à un véritable délire. — On considère en général qu'il existe une sorte d'incompatibilité entre l'état obsédant et les hallucinations. Le Congrès de 1889 a approuvé par son vote les conclusions de J. Falret, dont l'une portait que les obsessions « ne s'accompagnent jamais d'hallucinations ».

Après les travaux de Buccola, de Tamburini, de Séglas[1], etc., cette opinion doit être considérée comme trop exclusive. Ces auteurs ont rapporté un assez grand nombre de faits d'obsessions accompagnées d'hallucinations. Souvent, ces hallucinations sont *conscientes* comme l'obsession elle-même, le malade sait qu'il est le jouet d'une illusion. Mais, dans d'autres cas, le malade n'apprécie nullement le caractère morbide du phénomène. D'après Séglas, l'hallucination « peut être tantôt secondaire à l'idée obsédante et tantôt primitive. Dans le premier cas, l'idée obsédante s'accompagne d'une hallucina-

[1] Séglas. *De l'obsession hallucinatoire,* Annal., méd.-psych., janvier-février 1892, et Leçons cliniques, 1895.

tion qu'elle provoque (*obsession hallucinatoire*); dans le second, l'hallucination a une existence indépendante, avec tous les caractères communs aux obsessions en général (*hallucination obsédante*). Dans ces circonstances diverses, l'hallucination peut intéresser soit seulement les centres perceptifs communs, soit aussi les centres de la fonction langage; elle peut être verbale, auditive, visuelle, motrice d'articulation ou même motrice graphique, etc.[1]. » Catsaras[2], Féré[3], Laroussinie[4], ont rapporté des faits analogues; nous en avons nous-mêmes cité un exemple[5]. Plus récemment, Pitres et Régis[6] en ont également produit un certain nombre ; ils pensent, suivant l'expression d'un de leurs malades, que « l'hallucination de l'obsession est une hallucination représentative ». Il faut donc admettre que l'obsession est parfois accompagnée d'hallucinations, que celles-ci peuvent être quelconques, qu'elles sont le plus souvent conscientes et représentatives, mais qu'elles sont parfois aussi méconnues par le malade, en tant que phénomènes morbides.

On peut dire la même chose des rapports de l'obsession avec le délire. L'opinion en quelque sorte classique, en France, est celle que J. Falret exprimait dans son rapport de 1889 : « Les obsessions ne se transforment pas en d'autres espèces de maladies mentales ». A ce que cette formule pouvait avoir de trop absolu, J. Falret ajoutait ce correctif : « Dans quelques cas rares, elles peuvent se compliquer de délire de persécution ou de délire mélancolique anxieux, à une période avancée de la maladie, tout en conservant toujours leurs caractères primitifs ». Magnan et Legrain[7] n'acceptent même pas l'exception admise par J. Falret : « Jamais, écrivent-ils, l'obsession ne devient l'origine d'un délire proprement dit, comme on l'écrit quelquefois en confondant l'idée obsédante avec l'obsession pure ».

Cette opinion radicale est loin d'être acceptée par tous les auteurs. Krafft-Ebing, Meynert, Wille, Krœpelin, Morselli, J. Mickle, etc., pensent que les obsédés peuvent parfaitement verser dans le délire caractérisé. Pour Schüle, « l'idée obsédante ne reste pas nécessairement en opposition prolongée avec le délire. La conscience, encore lucide au début, peut s'obscurcir peu à peu, et le malade accepte l'idée obsédante, qui prend place au milieu de ses autres pensées ; la séparation disparaît, et l'idée obsédante devient un délire véritable[8] ». Suivant Séglas, cette terminaison ne serait pas rare, qu'il s'agisse soit d'une simple complication, soit d'une transformation directe : « Les exemples d'obsessions, dit Séglas[9], déterminant à leur suite l'apparition d'un

[1] *Leçons cliniques*, p. 107.

[2] Catsaras. *Contribution à l'étude des stigmates psychiques de la dégéneresc. ment.*, Annal. méd.-psych., novembre-décembre 1892.

[3] *La pathologie des émotions*, p. 415 et 451.

[4] *Hallucinations succédant à des obsessions et à des idées fixes*, Archiv. de neurol., 1896, t. II.

[5] Raymond et Arnaud. *Loc. cit.*

[6] *Séméiologie des obsessions*, 1897.

[7] *Les dégénérés*, 1895, p. 164.

[8] Schüle. *Traité clinique*, traduction française, 1888, p. 414.

[9] Annal. méd.-psych., 1889, t. X, p. 122.

véritable délire, le plus souvent de nature mélancolique, bien que signalés en passant par certains auteurs, m'ont paru peu étudiés en général, et d'après mon observation personnelle, me semblent cependant devoir être assez fréquents. C'est ainsi que j'ai vu deux malades atteintes de la crainte des épingles arriver à un véritable délire mélancolique, se figurer qu'elles pouvaient faire du mal à leurs semblables avec les épingles, présenter des craintes d'accusation, se disculper à l'avance de fautes imaginaires. Une autre malade, atteinte de la crainte des allumettes, présenta plus tard des accidents mélancoliques du même genre : crainte de nuire à ses semblables, craintes d'empoisonnement, craintes d'accusation, etc. Une autre, atteinte du délire du toucher et d'impulsions d'abord conscientes, a présenté à la suite des idées de possession. Un jeune malade atteint de folie du doute est tombé rapidement dans un état comparable de tous points à la stupeur mélancolique avec mutisme, idées de suicide, troubles vaso-moteurs accentués, etc... J'ajouterai que, dans tous ces cas, les accidents mélancoliques qui succèdent à l'obsession présentent tous les caractères observés dans les délires mélancoliques simples et qu'en même temps la conscience que les malades avaient du caractère pathologique de leurs obsessions disparaît peu à peu à mesure que se formule plus nettement l'idée délirante. » Revenant sur le même sujet dans ses leçons cliniques, Séglas montre qu'il s'établit parfois « une véritable combinaison entre l'obsession et le délire » ; les phénomènes obsédants persistent avec les caractères qu'ils avaient avant l'apparition du délire, mais leur nature pathologique a cessé d'être reconnue, l'obsession est rentrée dans le délire, elle s'est combinée à lui[1].

Pitres et Régis admettent également le passage de l'obsession à un état de psychose avérée[2]. Ils ont suivi *cinq* obsédés qui « furent tous les cinq atteints de psychose par accentuation progressive et aiguë de leur état obsédant, et, chez tous les cinq, la psychose revêtit la même forme : celle de *mélancolie anxieuse et gémisseuse,* avec idées délirantes et hallucinations ». Ils citent, de plus, *onze* obsédés chez « lesquels la psychose était sinon établie, au moins imminente ou en voie d'organisation ». — « Quant à la question de savoir, ajoutent ces auteurs, si dans ces cas la psychose constitue une simple association avec l'obsession ou si elle en est vraiment la terminaison, elle ne nous paraît pas douteuse, car nous avons pu chaque fois saisir, dans les cas qui nous concernent, le passage direct de l'état d'obsession à l'état de folie. »

J'ai eu l'occasion d'observer plusieurs sujets qui ont versé de l'obsession dans un délire plus ou moins actif, avec ou sans hallucinations. Mais je suis porté à croire que la transformation directe entre l'état obsédant et l'état délirant est moins fréquente que ne pourraient le faire croire les faits de Pitres et Régis, et que, dans le plus grand nombre de cas, il s'agit d'une simple complication.

Quoi qu'il en soit de ce dernier point, les auteurs sont d'accord pour

[1] Séglas. *Leçons cliniques*, p. 87.
[2] *Séméiologie des obsessions*, p. 83 à 87.

admettre avec J. Falret que la *mélancolie anxieuse* et le *délire de persécution*, hallucinatoire ou non, sont les formes le plus souvent associées aux obsessions, et que c'est principalement chez les obsédés que s'observe la combinaison ou le mélange de ces deux délires. Deux traits du caractère habituel aux obsédés permettent de comprendre qu'ils délirent de préférence dans le sens mélancolique ou dans le sens de la persécution : ils sont scrupuleux et craintifs comme les mélancoliques ; mais ils ont aussi, comme les persécutés, une sorte d'*hyperesthésie morale* qui leur rend très fréquemment pénible le contact du monde extérieur, et il en résulte parfois un excès d'attention pour leur *moi* très analogue par ses effets à l'*autophilie* des persécutés.

IV. Distinction de l'obsession et de l'idée fixe. — Dans une étude par elle-même si complexe et si obscure, il faut s'efforcer au moins de ne pas ajouter aux obscurités du sujet, de ne pas aggraver le vague des idées par la confusion des mots. Or, cette confusion se produit souvent ici, nombre d'auteurs, ainsi que nous l'avons vu, employant le terme d'*idée fixe* comme synonyme d'*obsession*. C'est là un véritable abus de langage. L'idée fixe est une chose, l'obsession en est une autre, et, en confondant les termes, on ne peut que brouiller les idées. Il nous paraît donc nécessaire, maintenant que nous connaissons les caractères de l'obsession, de montrer en quoi elle diffère de l'idée fixe.

L'*idée fixe* existe à l'*état normal* et à l'*état pathologique*.

Une *idée fixe de l'état normal* sera, par exemple, celle du savant qui poursuit avec acharnement une recherche passionnante. A quelqu'un qui lui demandait comment il avait trouvé les lois de la gravitation, Newton répondait : « En y pensant toujours ! » Voilà une idée fixe, mais qui n'a rien de commun avec l'obsession. Elle n'est pas seulement *consciente*, comme celle-ci, elle est consentie, c'est-à-dire *volontaire ;* elle n'est même, en réalité, que l'attention volontaire fortement appliquée à un objet particulier. L'obsession, au contraire, est une manifestation de l'attention involontaire, automatique. L'idée fixe occupe l'esprit d'une façon *continue*, mais avec l'agrément de la volonté, et celle-ci peut toujours l'éloigner pour s'occuper d'autre chose ; l'obsession est paroxystique et irrésistible. L'idée fixe de l'état normal est un stimulant, un principe d'action. Elle n'altère en rien l'harmonie, l'unité psychique de l'individu ; elle n'enlève rien à l'esprit de sa liberté, de sa souplesse dans la recherche et l'utilisation des moyens propres à conduire au but qu'elle a marqué ; au contraire, en concentrant l'énergie intellectuelle, elle donne à l'intelligence plus de force, plus de finesse, plus de pénétration. Enfin, en elle-même, elle est presque indépendante de l'émotivité. Sans doute, le savant qui s'abandonne à son idée fixe éprouve des émotions, agréables s'il fait un pas en avant, pénibles s'il tâtonne ou s'égare ; mais ce sont là des conséquences indirectes, l'idée, par elle-même, n'a, dans l'état normal, qu'un faible retentissement émotionnel.

L'*idée fixe pathologique* a pour caractère essentiel d'être *inconsciente* en tant qu'idée fausse, maladive. L'hypocondriaque qui passe son temps à sur-

veiller ses fonctions, à scruter ses sensations, à s'examiner minutieusement, à *s'écouter*, suivant l'expression caractéristique du langage ordinaire, sait bien qu'il est préoccupé de sa santé, mais il croit cette préoccupation légitime, il ne sait pas qu'elle est excessive jusqu'à l'absurde, et que chez lui la crainte de la maladie constitue une maladie véritable. Cette inconscience de l'idée fixe pathologique, opposée à la conscience de l'obsession morbide, est, parmi les caractères différentiels de ces deux états, un des plus importants et aussi des plus faciles à constater ; elle doit entrer dans la définition même de l'idée fixe[1]. Mais celle-ci se distingue de l'obsession par d'autres caractères encore. D'ordinaire, elle se développe lentement, elle suit une *évolution progressive ;* quand elle apparaît brusquement, elle s'accompagne d'un délire manifeste. Elle est *continue,* au lieu de procéder, comme l'obsession, par accès transitoires, coupés de phases suspensives plus ou moins longues. Si elle s'accompagne parfois de phénomènes émotifs, sous forme de *paroxysmes* analogues aux crises obsédantes, ces phénomènes sont toujours *secondaires,* ils constituent des *modes réactionnels,* ils ne sont pas partie intégrante de l'idée. Par suite, dans l'idée fixe pathologique, même pendant les paroxysmes, les fonctions cérébrales ne sont ni opprimées ni empêchées comme elles le sont toujours durant les accès obsédants. Enfin, comme celle de l'état normal, l'idée fixe pathologique est féconde en conséquences, en conséquences morbides, il est vrai ; elle s'étend de plus en plus, elle s'annexe une foule d'autres idées dont elle devient le lien et le centre, elle se modifie plus ou moins dans sa forme pour s'adapter aux circonstances. Bien qu'elle soit involontaire, elle ne rencontre aucune opposition dans la conscience, elle ne donne lieu à *aucune lutte ;* au contraire, elle domine et dirige toute l'activité mentale. C'est tout le contraire que l'on observe dans l'obsession, qui reste toujours isolée dans la conscience, à la manière d'une production parasite, et dont la présence provoque une lutte angoissante.

V. Nature de l'obsession. — Si les auteurs sont d'accord sur l'existence d'un terrain spécial chez les obsédés et sur la fréquence des rapports entre l'état neurasthénique et l'état obsédant, les opinions sont loin d'être unanimes sur la nature de ces rapports. Les uns, avec Beard, considèrent l'obsession comme un symptôme neurasthénique, elle est un des principaux éléments de la *folie neurasthénique*. Pour d'autres, l'obsession est toujours une manifestation de la *dégénérescence mentale,* que la neurasthénie peut d'ailleurs compliquer ; Magnan et ses élèves ont adopté cette manière de voir, et ils considèrent les obsessions comme les *stigmates psychiques de la dégénérescence.*

A côté de ces opinions exclusives, il en est d'autres plus éclectiques. Celles de Krœpelin, par exemple, qui pense que l'obsession est bien de nature neurasthénique, mais qu'elle appartient à peu près exclusivement à la neurasthénie constitutionnelle, congénitale. Celle de Krafft-Ebing, qui fait du « trouble

[1] Voir, entre autres travaux, *Idée fixe et obsession,* par Roubinovitch. Bull. méd., 23 juillet 1896.

mental par idées obsédantes » une forme de « dégénérescence psychique à base neurasthénique ».

Nombre d'observateurs se rallient à une opinion plus large, suivant laquelle l'obsession relèverait tantôt et le plus souvent de la neurasthénie congénitale ou dégénérative, tantôt de la neurasthénie acquise ou accidentelle (Tamburini, Morselli, Andriani, Ventra, Régis, Féré, Ballet, Séglas, Pitres et Régis, etc.). Cette opinion mixte me paraît la plus conforme aux faits, tels qu'ils se présentent à l'observation. Il est, en effet, des obsédés qui n'ont pas d'autres tares nerveuses que leurs obsessions, et on ne peut, sans abuser de la théorie, les regarder comme des *dégénérés*. Le phénomène *obsession* n'est pas, *en lui-même* et *directement*, l'indice d'une constitution dégénérative. Ainsi que le remarque si justement J. Falret, « le premier degré de l'obsession est presque un état physiologique. Chacun de nous, dans certains moments de fatigue ou de surexcitation du système nerveux, a observé chez lui-même ce phénomène que l'on éprouve également pendant le rêve. On est obsédé, malgré soi, par un mot, une phrase ou une idée qui vous revient constamment à la pensée, que l'on ne peut parvenir à chasser et qui s'impose à nous malgré nous... C'est là le phénomène élémentaire de l'obsession[1] »... Toute cause susceptible d'affaiblir momentanément la personnalité peut donner lieu à une ébauche d'obsession. Mais, dans l'état normal, celle-ci disparaît immédiatement avec la cause qui lui a donné naissance. Quand elle survit pendant un certain temps à l'action de la cause, l'obsession traduit un trouble plus profond, et prend une signification morbide. Mais elle ne rentre définitivement dans le cadre pathologique que lorsqu'elle s'accompagne d'anxiété, d'irrésistibilité dans le domaine des actes, et lorsque les accès obsédants se répètent automatiquement et en dehors de l'action d'une cause *actuelle*.

Il nous paraît incontestable que, dans certains cas, cet état obsédant vrai peut être le résultat de circonstances purement accidentelles. Mais, d'ordinaire, les obsessions de cette catégorie sont beaucoup moins tenaces que celles qui apparaissent sur un fonds de prédisposition constitutionnelle.

Du point de vue où nous nous plaçons, on peut donc, avec Séglas, admettre *trois formes* d'obsession : une forme *constitutionnelle*, une forme *acquise* ou *accidentelle* et une forme *intermédiaire*.

La forme *constitutionnelle* remonte quelquefois au jeune âge ou, plus souvent encore, à la puberté, ainsi que Baillarger et J. Falret l'ont bien démontré ; leurs vues sont confirmées par les chiffres de Pitres et Régis qui, sur *cent* cas, ont trouvé *quarante-six fois* le début des accidents de cinq à quinze ans[2]. Elle s'accompagne ordinairement d'autres signes de déséquilibration mentale, de stigmates pychiques ou somatiques de l'hérédité morbide. Son pronostic est particulièrement grave, sinon en ce qui concerne les accidents aigus, du moins pour la guérison de la maladie elle-même.

[1] J. Falret. *Rapport sur les obsessions*, au Congrès international de 1889.

[2] Pitres et Régis. *Séméiologie des obsessions et idées fixes*, Rapport au Congrès de Moscou, 1897.

La forme *acquise,* au contraire, est beaucoup plus accessible au traitement, et sa guérison est fréquente. Cette forme débute fréquemment à l'âge adulte, et quelquefois dans la vieillesse.

Le pronostic de la forme *intermédiaire* varie avec l'intensité et les signes de la prédisposition : elle est d'autant plus curable que les causes occasionnelles ont eu plus d'influence sur son développement.

VI. Étiologie. — Le *facteur étiologique* le plus considérable est, de l'aveu général, l'*hérédité* (Morel, J. Falret, Krafft-Ebing, Magnan, etc.). Elle est souvent *similaire,* c'est-à-dire que l'on retrouve chez les ascendants des obsessions identiques ou des formes analogues et atténuées. Dans leur statistique déjà citée, Pitres et Régis ont trouvé trente-neuf fois l'hérédité *similaire* sur *cent* obsédés à hérédité névropathique.

A côté de l'hérédité, il convient de faire une place importante aux influences pathogéniques de la *vie fœtale* et de l'*enfance* (Cotard, Bouchereau), et aussi à l'*état des parents au moment de la conception* (Christian). Ces diverses influences, s'exerçant sur l'organisme dans les premiers temps du développement, ont une action analogue à celle de l'hérédité.

D'autres causes peuvent déterminer encore l'apparition de l'état obsédant. Ce sont les *causes accidentelles,* provocatrices de la neurasthénie. Elles ont toutes pour caractère général d'exercer une influence débilitante, épuisante sur le système nerveux (*nervous exhaustion*). De ce nombre sont les *émotions dépressives,* qu'elles agissent par leur intensité (frayeur) ou par leur longue durée (chagrins) ; — les *excès* de toute nature, le *surmenage intellectuel,* et surtout la fatigue cérébrale qui résulte de responsabilités imprévues. auxquelles on n'était point préparé (Beard) ; — les *traumatismes,* parmi lesquels on note principalement, à cause du choc émotionnel qu'ils déterminent, les accidents de chemin de fer. Les maladies chroniques ou infectieuses, l'état puerpéral, les hémorrhagies abondantes, interviennent aussi en altérant la nutrition générale et le fonctionnement régulier du système nerveux, etc., etc.

D'une manière générale, les obsessions paraissent plus fréquentes chez *la femme.* Sur 250 obsédés, Pitres et Régis [1] comptent 96 hommes et 154 femmes.

Tout en admettant l'existence d'obsessions *acquises,* indépendantes d'une prédisposition congénitale et développées sous l'influence de causes occasionnelles, nous devons dire que le cas n'est pas fréquent. Des recherches plus attentives font souvent découvrir une prédisposition latente, héréditaire ou autre, là où on ne la soupçonnait pas d'abord. Il importe beaucoup pour le pronostic de n'accepter un fait d'obsession acquise, accidentelle, qu'après un examen clinique et biologique approfondi.

Les causes occasionnelles ont une influence plus certaine sur le *début* de l'obsession nettement caractérisée et sur la *forme* de l'idée obsédante, sur son

[1] *Séméiologie des obsessions et idées fixes,* 1897.

contenu. L'obsession de la rage, par exemple, est presque toujours consécutive à l'agression d'un chien ou au contact d'une personne mordue par un chien, enragé ou non. Un de nos malades est pris de scrupules relatifs à ses devoirs de collégien, après un dîner de famille pendant lequel on avait discuté devant lui diverses questions de morale. Un malade de Séglas, garçon perruquier, est atteint d'impulsions homicides après avoir su que deux employés de la même maison avaient eu des impulsions de ce genre. Une malade de Pitres et Régis assiste à une audience de cour d'assises : « Elle sortit du palais de justice avec l'idée obsédante qu'il serait bien malheureux qu'un innocent pût être accusé,... et cette idée ne sortit pas de son esprit pendant plusieurs mois » (*loc. cit.*). J. Falret avait très clairement indiqué, à propos de la folie du doute, cette influence des causes occasionnelles : « Les malades, dit-il, peuvent eux-mêmes en général préciser le moment de son début; quelquefois même le médecin est appelé à y assister. Elle éclate fréquemment à la suite d'une circonstance déterminée, qui imprime à la maladie son caractère particulier et devient ordinairement l'origine de l'idée prédominante[1] ».

VII. Division des obsessions. — Les divers phénomènes qui caractérisent l'obsession peuvent être ramenés, ainsi que nous l'avons admis, à un trouble dans les tendances *centrifuges*, c'est-à-dire à un désordre de la *volonté*, en prenant ce mot dans le sens étendu qu'il convient de lui donner. Cela est vrai des « accompagnements physiologiques » et des « accompagnements intellectuels » de l'obsession; les uns et les autres sont de nature *aboulique*, et ce caractère très général peut, croyons-nous, fournir un classement rationnel des obsessions.

On oppose souvent l'*aboulie* (impuissance à vouloir agir) à l'*impulsion* (impuissance à s'empêcher d'agir). Mais l'une et l'autre traduisent un affaiblissement de la volonté. En effet, la volonté a un double aspect ou, plutôt, un double rôle : tantôt elle pousse à l'action et tantôt elle s'oppose à l'action, elle est tantôt *motrice* et tantôt *frénatrice*. Elle peut être troublée isolément, au moins en apparence, dans l'un ou l'autre de ces deux rôles; mais, dans les deux cas, le trouble est également une *aboulie*.

Nous établirons donc *deux grandes classes* d'obsessions, suivant que l'altération porte de préférence sur la volonté-moteur ou sur la volonté-frein.

La première classe comprendra les *Obsessions inhibitrices* ou *Obsessions* proprement dites, subdivisées en deux groupes : a) *obsessions interrogatives* (doute) et b) *obsessions-craintes* ou *phobies ;* dans chacun de ces groupes, nous distinguerons plusieurs *variétés*. La seconde classe comprendra les *Obsessions impulsives* ou *Impulsions* proprement dites. Les premières peuvent encore être dites *passives*, les secondes *actives*.

Cette division, qui repose à la fois sur la clinique et sur la psychologie,

[1] J. Falret. *Folie raisonnante ou folie morale*, 1866.

échappe, par son caractère de généralité, à un certain nombre d'objections que l'on a faites à d'autres classements. Si nous considérons, par exemple, la division, adoptée par nombre d'auteurs, des obsessions en *intellectuelles*, *émotives* et *instinctives* ou *impulsives*, nous voyons qu'elle n'est fondée que sur des apparences. Toute obsession est foncièrement aboulique. Dans toutes, on retrouve un élément intellectuel et un élément émotif. Nous avons montré, avec le professeur Raymond, que la *folie du doute*, qui est le type des obsessions intellectuelles, s'accompagne de troubles du mouvement de nature aboulique, et, malgré l'autorité de Westphal, tous les observateurs admettent aujourd'hui qu'elle est liée à un élément émotif. Ce même trouble moteur existe dans les obsessions émotives ou *phobies*. L'*impulsion* s'accompagne toujours d'angoisse, et, de plus, elle n'est presque toujours que l'aboutissement d'une idée obsédante ; elle est aussi une manifestation aboulique, affaiblissement ou suppression de la fonction frénatrice de la volonté.

Régis[1] admet des obsessions caractérisées par des *indécisions* (doute), des obsessions caractérisées par des *craintes* (craintes du contact, agoraphobie) et des obsessions caractérisées par des *propensions* ou *tendances irrésistibles* (impulsions). Mais l'indécision et la crainte se retrouvent dans toutes les obsessions, et la tendance irrésistible ou l'impulsion est aussi un caractère de la maladie du doute, à ce point que B. Ball considérait les idées obsédantes des douteurs comme des *impulsions intellectuelles*[2]. Régis sépare complètement des précédentes les *obsessions abouliques*, « dans lesquelles la volonté est lésée dans sa force d'action ». Mais nous savons que cette forme d'aboulie est encore un des caractères de l'obsession-doute et de l'obsession-crainte, etc.

C'est pour éviter ces différentes objections que nous adoptons une division fondée sur l'*aboulie* et sur ses deux modes : *inhibition* et *impulsion*.

Dans une classification purement psychologique, le *doute* et la *phobie* ne devraient pas être décrits comme des obsessions particulières, car l'un et l'autre se retrouvent, au moins à un degré atténué, dans toutes les obsessions et impulsions, ils constituent le fond même de l'état mental des obsédés. Mais, au point de vue clinique, il n'en est pas moins vrai que le doute et les phobies, dans leurs formes accentuées, donnent lieu à des modalites obsédantes spéciales, qui ont été l'objet de travaux dont il est impossible de ne pas tenir compte. C'est pourquoi nous consacrerons une description particulière à la *folie du doute* et à la *crainte des objets*, considérées comme les types des obsessions inhibitrices, la première plus spécialement dans l'ordre intellectuel, la seconde plus spécialement dans l'ordre des mouvements.

Nous décrirons à part les *perversions du sens génésique*, qui rentrent dans notre seconde classe, non qu'elles aient un mécanisme différent, mais seule-

[1] Manuel pratique de méd. ment., 2e édit.

[2] B. Ball. *Impulsions intellectuelles*, l'Encéphale, 1881.

ment à cause de leur physionomie très particulière et de leur importance sociale et médico-légale.

TABLEAU VI

OBSESSIONS ET IMPULSIONS CONSCIENTES

A. — Obsessions inhibitrices (Obsessions proprement dites.)	I. Obsessions-interrogations (doute).	
	II. Obsessions-craintes ou phobies.	Des objets. Des éléments. Des maladies. Des êtres vivants.
B. — Obsessions impulsives (Impulsions proprement dites.)	Dipsomanie. Sitiomanie. Kleptomanie. Pyromanie. Impulsion homicide. Impulsion suicide. Onomatomanie. Coprolalie, écholalie. Tics. Aberrations sexuelles impulsives.	

Mais, avant de passer à l'étude des obsessions particulières, nous devons examiner avec quelques détails les caractères de l'*aboulie,* que nous considérons comme le substratum commun à toutes les obsessions.

VIII. L'aboulie. — Le mot *aboulie*[1] est employé pour désigner l'affaiblissement de la volonté et même, d'une manière générale, toutes ses altérations. Ces altérations se traduisent par l'hésitation, la maladresse et l'impuissance dans les actes, comme par l'indécision dans les idées et par la faiblesse de l'attention.

En effet, « la volonté n'a pas uniquement une action motrice ; elle joue un rôle essentiel dans l'intelligence, et je suis même disposé à croire avec Wundt et avec Bastian que cette fonction intellectuelle est la première, et que les actes en sont seulement la manifestation extérieure. Quand on la considère à ce point de vue, la volonté prend le nom d'attention et son résultat principal est de nous faire comprendre en les synthétisant (comprehendere) les phénomènes psychologiques inférieurs, sensations et images, de nous donner l'intelligence des choses. Cette forme de la volonté est troublée comme l'autre chez les abouliques et les deux altérations sont ordinairement simultanées[2]. »

Suivant qu'on la considère plus particulièrement dans ses rapports avec les actes ou avec les idées, l'aboulie est dite *motrice* ou *intellectuelle.*

L'*aboulie motrice* se caractérise par l'impossibilité d'accomplir un acte que l'esprit conçoit et désire. Cette impossibilité ne tient à aucune des causes

[1] *Aboulie* signifiant absence totale de la volonté, ce terme est trop absolu. *Dysboulie* ou *Boulasthénie* seraient plus exacts, mais moins euphoniques, ce qui nuira évidemment à leur adoption.

[2] P. Janet. *État mental des hystériques, les stigmates mentaux.* Biblioth. Charcot-Debove, 1892, p. 133.

qui, d'ordinaire, empêchent l'exécution d'un mouvement ou d'un acte : les organes du mouvement sont intacts, les voies de transmission des incitations motrices sont libres, les images kinesthétiques ne sont pas effacées de la conscience ; en un mot, il n'y a ni *paralysie* ni *amnésie* motrices. Ce qui fait défaut dans l'aboulie, c'est l'*effort intérieur* qui constitue la décision, c'est le passage de l'idée à l'acte. Quand l'aboulie est complète, ce qui est l'exception, l'acte est tout à fait impossible. Dans les cas les plus ordinaires, les actes volontaires sont encore possibles, mais ils sont pénibles et incertains, ils sont fragmentés, coupés d'arrêts plus ou moins nombreux et aussi de mouvements inutiles, sans rapport aucun avec l'acte qu'il s'agit d'accomplir, mais qui semblent avoir la signification d'une sorte d'entraînement indispensable. Comme exemples de cet état des mouvements dans l'aboulie, nous citerons une malade que nous avons longtemps observée et qui ne pouvait se décider à franchir le seuil d'une porte qu'après avoir piétiné sur place et tourné sur elle-même deux ou trois fois. Une autre n'arrivait à porter à sa bouche la cuiller ou la fourchette qu'après avoir exécuté un certain nombre de mouvements vagues et touché préalablement son verre, sa carafe, etc. Tel sujet, qui ne peut arriver à s'habiller qu'au prix de longs et pénibles efforts, reste souvent le bras ou la jambe soudain étendus, sans pouvoir passer sa veste ou son pantalon, dans l'impossibilité de continuer le mouvement commencé ; puis, cette sorte de spasme cessant, le mouvement est recommencé et finit par réussir, mais seulement après plusieurs tentatives infructueuses ; etc., etc.

L'*aboulie intellectuelle* est encore désignée, depuis Guye, d'Amsterdam[1], sous le nom d'*aprosexie* (α privatif et προσέχειν, s'attacher à, être attentif). Dans ses formes graves, observées principalement chez les hystériques, les malades en arrivent à ne plus comprendre ni ce qu'elles lisent ni ce qu'elles entendent, à ne pas reconnaître des objets très familiers (P. Janet). Dans les formes atténuées, les plus fréquentes chez les malades dont il s'agit ici, l'aboulie intellectuelle se caractérise par la difficulté et la lenteur de l'attention, par sa faible durée et par les efforts qu'elle exige pour être maintenue même à ce degré d'infériorité. Le travail intellectuel le plus simple donne lieu à toute sorte de préparatifs, à une perte de temps infinie pour la mise en train. Malgré tous leurs efforts, les malades ne peuvent fixer leur attention que pendant un temps très court et au prix de réelles souffrances ; si on les oblige à persister, ils en viennent promptement à un état d'obnubilation intellectuelle complète qui s'accompagne de sensations pénibles, de malaises variés, d'une véritable angoisse.

L'*aprosexie*, qui fait partie de l'état mental des obsédés en général, est surtout apparente chez les *douteurs*, elle est la raison psychologique de leur doute. C'est parce que ces malades ont perdu le pouvoir d'appliquer leur attention aux idées comme aux faits extérieurs qu'ils n'atteignent pas la certitude ; la fugacité de leur conviction entraîne l'hésitation de la pensée et le doute perpétuel. C'est surtout à propos des *idées nouvelles* que l'aboulie se mani-

[1] V. Rivière. *Contribution à l'étude clinique des aboulies*, th. Bordeaux, 1891.

feste, tandis que les associations anciennes, devenues presque automatiques par l'habitude, sont peu atteintes.

Ce n'est que pour la facilité de la description que l'on distingue une aboulie *motrice* et une aboulie *intellectuelle*. En réalité, il n'y a qu'une aboulie, dont les manifestations diffèrent suivant qu'on les examine par le dedans (*idées*) ou par le dehors (*mouvements*). Mais qu'il s'agisse des unes ou des autres, les phénomènes morbides sont tout à fait comparables, le doute est l'équivalent intellectuel de l'incertitude des mouvements. Dans les deux cas, la volonté, affaiblie, est incapable de produire directement un résultat utile. De là, chez les abouliques, la fréquence de *procédés indirects*, de *manœuvres de secours*, destinés à venir en aide à la volonté défaillante, et dont nous aurons à parler plus loin, notamment à propos de la *folie du doute*.

Suivant son étendue apparente, on distingue aussi l'aboulie en *générale* et *partielle*, *diffuse* et *systématisée*. Cette dernière forme consiste dans l'impossibilité, ou la difficulté, d'accomplir tel ou tel acte déterminé. Certains abouliques n'arrivent à s'habiller qu'avec la plus grande peine, et à certains moments ils n'y parviennent pas (*anesthie*). D'autres ne peuvent se lever d'un siège ou monter les marches d'un escalier (*ananastasie* et *ananabasie* de Régis). D'autres encore sont dans l'impossibilité de signer leur nom (*anupographie*), ou de se tenir debout (*stasophobie*, Bouveret), ou bien ne peuvent plus se décider à accomplir les actes de leur profession (*aboulie professionnelle* de Levillain), etc.

Mais l'observation démontre que ces aboulies systématisées ne sont que l'exagération, à l'occasion d'un fait particulier, d'une disposition plus générale. Il est bien rare que l'on ne retrouve pas, à côté de la manifestation aboulique saillante, des hésitations, des impuissances portant sur des faits moins apparents : les mouvements des malades sont altérés, comme leur fonctionnement intellectuel est gêné, *dans l'ensemble*. On s'en aperçoit surtout à propos des *faits nouveaux*, idées ou mouvements volontaires : la synthèse qu'exige toujours un acte nouveau ne se fait pas ou se fait difficilement, la pensée reste hésitante et incertaine, le mouvement est indécis, dissocié, fractionné, il se fait par étapes successives, par à-coups. « En fait, dit justement G. Ballet, l'aboulie est toujours plus ou moins générale [1]. »

Nous n'avons qu'à indiquer brièvement les principales théories pyschologiques de l'aboulie. Pour Th. Ribot [2], elle s'expliquerait par « un affaiblissement général de la sensibilité ; ce qui est atteint, c'est la vie affective, la possibilité d'être ému, » et cela, par suite d'une « dépression notable des actions vitales ». Il est possible que l'interprétation de Ribot soit applicable à certains cas d'aboulie, mais elle ne nous semble pas valable pour les abouliques émotifs, pour les obsédés ; rien ne permet de dire que ces malades aient une sensibilité amoindrie, c'est plutôt le contraire qui est vrai.

[1] *Les psychoses*, in *Traité de méd.* de Charcot et Bouchard.
[2] *Les maladies de la volonté*, 1891, 7e édit., p. 53.

Fr. Paulhan [1] considère l'aboulie des douteurs comme un résultat de l'association par contraste : « A propos de n'importe quelle idée, à propos de n'importe quel acte qui vient d'être accompli par le malade, des idées de contraste s'élèvent, et l'esprit du sujet oscille entre l'affirmation et la négation, sans pouvoir se fixer sur l'une ou sur l'autre. » Cette explication a quelque chose de séduisant. Mais, ainsi que le fait remarquer P. Janet (loc. cit.), elle ne concorde pas avec les faits d'observation. D'une part, en effet, l'aboulie est toujours *antérieure* aux idées obsédantes, elle ne peut donc en être la conséquence, D'autre part, « les idées fixes, au lieu de varier avec les circonstances, comme elles devraient le faire si elles étaient toujours en contraste avec l'action présente, restent toujours les mêmes, chez le même malade... C'est qu'en réalité, l'idée fixe n'est pas amenée par l'action présente, elle a une origine bien plus lointaine et bien plus profonde » (Janet).

Enfin, P. Janet admet deux catégories de faits, ayant chacune une explication différente. Dans l'une, l'aboulie serait l'expression d'une idée fixe subconsciente, le plus souvent d'une idée d'impuissance. Cette manière de voir, excellente quand il s'agit de sujets hystériques, ne nous semble pas applicable aux malades que nous étudions ici, aux *psychasthéniques*, comme les appelle P. Janet. Pour eux, nous acceptons beaucoup plus volontiers sa seconde explication. D'après cet observateur distingué, l'aboulie, dans les faits de cet ordre, serait due à un véritable rétrécissement du champ de la conscience, le sujet étant devenu incapable de réunir en une synthèse unique et actuelle les divers éléments dont se compose un acte quelconque, si simple soit-il. Ce qui est altéré chez les abouliques, c'est « la synthèse des éléments psychologiques faite à chaque moment de la vie d'une manière nouvelle ; c'est l'adaptation de l'être au milieu, aux circonstances [2] »... « L'altération porte toujours sur un phénomène qui est toujours nécessairement une synthèse actuelle, puisqu'il doit se former de nouveau à chaque moment de la vie, c'est la perception personnelle des actes, l'assimilation des actions nouvelles à la grande notion de la personnalité ancienne [3] . »

Cette théorie de P. Janet nous semble d'autant plus satisfaisante qu'elle concorde fort bien avec l'observation clinique. Elle s'appuie d'une part sur tout ce que nous savons de l'immunité relative, par rapport à l'aboulie, des associations anciennes, stables, d'idées ou de mouvements ; ces associations anciennes sont peu atteintes, alors que la difficulté des synthèses nouvelles est poussée très loin, parfois jusqu'à l'impuissance complète [4]. Elle trouve un nouvel argument en sa faveur dans ce fait reconnu de l'émotivité habituelle de nos malades. L'émotion a généralement une action opposée à celle de la volonté ; au lieu de synthétiser, elle *dissocie* ; à un certain degré d'intensité, elle sépare de la conscience personnelle des systèmes psycho-physiologiques

[1] Fr. Paulhan. *L'activité mentale et les éléments de l'esprit.* Paris, 1889, p. 341.

[2] *Travail cité,* Revue philosophique, 1891.

[3] *État mental des hystériques, les stigmates mentaux,* p. 155.

[4] Raymond et Arnaud. *Sur certains cas d'aboulie,* etc., Annal. méd.-psych., 1892.

qui, devenus indépendants et automatiques, entrent en lutte avec les systèmes antérieurs et annihilent ainsi plus ou moins l'action synergique de la volonté [1]. Ainsi s'expliquent, par un mécanisme unique, l'*aboulie* et les *idées obsédantes* avec leurs caractères spéciaux.

IX. TRAITEMENT DES OBSESSIONS ET IMPULSIONS. — Le traitement de ces états doit répondre à deux indications : le relèvement des forces physiques, la rééducation de la volonté.

Les obsédés sont tous, à des degrés divers, des épuisés du système nerveux. Ils relèvent donc du traitement de la neurasthénie, et, comme dans celle-ci, les moyens à employer varient suivant l'intensité de la faiblesse irritable. Les médications toniques du sytème nerveux sont applicables à tous les cas : préparations ferrugineuses, phosphates, arsenic, quinquina, strychnine, etc., combinés avec l'hydrothérapie, chaude ou froide, selon la susceptibilité du malade. Une alimentation à la fois légère et reconstituante (lait, œufs, viandes) est indispensable, mais le fonctionnement du tube digestif doit être surveillé de près, car ces sujets sont le plus souvent dyspeptiques et ils ont une tendance marquée à la constipation.

Le sévère traitement de Weir Mitchell par l'alitement absolu et la suralimentation ne peut être utile que dans les cas très aigus, avec profonde déperdition des forces. Mais le repos est toujours nettement indiqué, au moins aux premières périodes. Le séjour à la campagne, au grand air, toutes les fois qu'il est possible, doit être recommandé. L'électrisation, surtout sous la forme statique, rend parfois de réels services.

Le bromure et les hypnotiques trouvent aussi de fréquentes indications, etc.

Il importe beaucoup d'imposer aux malades un traitement *régulier* et *continu,* continuité que leur inconstance rend souvent difficile. Mais cette obligation est déjà un commencement de *traitement moral*. Il ne faut pas entendre par là la lutte directe contre les obsessions au moyen d'une contradiction logique ; ce serait une œuvre aussi vaine que de chercher à redresser par des procédés de raisonnement les idées délirantes des aliénés ordinaires. C'est l'état général des facultés qu'il faut viser, et, avant tout, le relèvement de la volonté. Pour cela, les moyens déjà indiqués comme susceptibles d'améliorer l'état physique auront une heureuse influence en contribuant à rétablir l'équilibre du système nerveux. Un point d'une importance capitale consiste pour le médecin à gagner la confiance de son malade. Il devra lui montrer qu'il s'intéresse à son état, qu'il comprend ses souffrances ; lui répéter qu'il est sûr, par expérience, d'obtenir la guérison. Il devra l'écouter avec patience, mais, à l'occasion, lui montrer par des faits topiques l'inanité de ses préoccupations ou de ses craintes. Par-dessus tout, il faut éviter de traiter ces sujets en malades imaginaires, et, sous prétexte de fortifier leur volonté, de

[1] Sur l'*émotion dissociante*, voir P. Janet. *Névroses et idées fixes*, t. I (l'amnésie continue). F. Raymond et P. Janet. *Névroses et idées fixes*, t. II, passim. Paris, Alcan, 1898.

les ahurir par la brutalité ou de les décourager par l'ironie. Tout cela est affaire de mesure et de tact.

Une question diversement résolue est celle de l'*isolement* ou, plutôt, de la manière dont il faut le pratiquer. L'isolement est utile dans l'immense majorité des cas, ne fût-ce que pour soustraire le malade à un entourage maladroit et à un milieu qui entretient les obsessions ; il est souvent nécessaire pour assurer l'application et la continuité du traitement. Mais, dans un certain nombre de cas, on est obligé de recourir à l'internement, soit à cause de la nature dangereuse des impulsions (suicide, homicide), soit à cause de l'indocilité des malades à tout traitement.

Une fois obtenue l'atténuation des principaux symptômes, on se trouvera bien d'exercices physiques modérés et lentement progressifs. Nous avons obtenu d'excellents résultats de voyages en pays de montagne, permettant de longues courses agréables qui, de plus en plus, distraient les malades de leurs préoccupations morbides et développent leur activité spontanée. On favorise ainsi le retour de l'attention volontaire, qui rend possible l'application au travail, diminue les tendances émotives et la fréquence des obsessions. Ce régime de soutien doit être maintenu pendant un assez long temps, si l'on veut que ses bons effets aient ensuite quelque durée.

On a fondé de grands espoirs sur la suggestion, sur ce que l'on appelle la médication *psycho-thérapique*. Les moyens que nous avons énumérés rentrent dans la suggestion à l'état de veille. Quant à la suggestion hypnotique, à laquelle certains auteurs attribuent des succès éclatants, nous pensons qu'on doit se montrer fort réservé dans son emploi, quand elle est possible, et elle est loin de l'être toujours. Il est incontestable qu'elle peut amener la disparition de certaines idées obsédantes, mais elle a moins de prise sur l'état obsédant lui-même. Elle a de plus l'inconvénient d'accentuer parfois l'automatisme et la scission de la personnalité, de telle sorte qu'à l'idée obsédante disparue se substituent souvent d'autres idées présentant les mêmes caractères.

Enfin, il faut savoir que, s'il est possible d'obtenir de sérieuses améliorations, il est plus difficile de les maintenir. Il n'y a guère que les obsessions accidentelles, acquises, qui soient susceptibles de guérir complètement. Pour les autres, on s'exposerait à des mécomptes en oubliant que les malades sont toujours en imminence de rechute.

En décrivant les obsessions en particulier, nous indiquerons les moyens de traitement spéciaux à chacune d'elles.

B. — Obsessions inhibitrices ou obsessions proprement dites.

I. Obsessions-interrogations (*Folie du doute avec délire du toucher*). — L'expression « maladie du doute », « folie du doute », appartient à Falret

[1] J. Falret. *La folie raisonnante*, Soc. méd.-psych., 8 janvier 1866.

père [1]. Ce terme paraît ne tenir compte que du trouble intellectuel, à savoir l'impossibilité où sont les malades de se fixer dans la certitude, pour certaines séries d'idées qui obsèdent la conscience.

Griesinger décrivait le même état sous la rubrique « Obsessions avec conscience sous forme de questions ou de doute [1] ».

Il y a cependant, dans la « folie du doute », autre chose que le doute et que les obsessions intellectuelles. Esquirol, qui avait observé cet état complexe, en rapporte un bel exemple dans son chapitre de la Monomanie raisonnante [2]; les phénomènes émotifs désignés plus tard par les expressions de *crainte des contacts* ou de *délire du toucher* y sont fort bien indiqués. Parchappe [3], Delasiauve [4], Trélat père [5] ont également observé des faits de ce genre.

Baillarger publie, en 1861 [6], une observation plus complète et fort intéressante, sous le titre de *monomanie avec conscience*. C'est aussi parmi les *monomanies* que Marcé [7] range les faits en question.

Mais la première bonne description d'ensemble de ce curieux état est due à J. Falret [8] qui adopte la dénomination d' « Aliénation partielle avec prédominance de la crainte du contact des objets extérieurs ». A la même époque, Morel étudiait des faits du même ordre et d'autres analogues dans son « délire émotif [9] ». Plus tard, Legrand du Saulle, développant les idées de J. Falret, emploie la formule « Folie du doute avec délire du toucher [10] et O. Berger désigne le même état par le terme de *Grubelsucht* (Archiv. f. Psychiat., 1876).

La formule de Legrand du Saulle a été adoptée telle quelle par Ritti et par le plus grand nombre des auteurs. « Elle a le grand mérite, disions-nous ailleurs [11], d'être brève, d'être claire, et de réunir dans son énoncé deux ordres de symptômes qui coexistent souvent, même sous la forme précise que les auteurs ont décrite. Mais elle a le grave défaut de trop restreindre et même de dénaturer les faits ; car, d'une part, le mot *doute* n'est pas applicable à tous les cas, et, d'autre part, le mot *toucher* pourrait laisser croire à tort qu'il s'agit ici d'un trouble du *sens du toucher*.

On n'est pas d'accord sur la question de savoir si le doute et la crainte du contact sont des manifestations d'un même état psychopathique, coexistant

[1] Archiv. f. Psychiat., 1868.

[2] Esquirol. *Maladies ment.*, t. II, p. 63.

[3] *Symptomatol. de la folie*, Annal. méd.-psych., 1850-1851.

[4] *De la monomanie*, Annal. méd.-psych., 1853-1854. *Des pseudo-monomanies*, id., 1859.

[5] *La folie lucide*, 1861, p. 110.

[6] Archiv. cliniq. des malad. ment., 1861, p. 140.

[7] *Traité des malad. ment.* (Monomanie), 1862.

[8] *Folie raisonnante ou folie morale.* Soc. méd.-psych., 8 janvier 1866.

[9] Morel. *Le délire émotif*, Archiv. génér. de méd., 1866.

[10] Legrand du Saulle. *La folie du doute avec délire du toucher*, Paris, 1875. V. aussi Ritti, *De la folie du doute avec délire du toucher*, Gaz. hebdom., n° 42, 1877, et Art. *Folie du doute* du Dict. encyclop., 1879.

[11] Raymond et Arnaud. *Sur certains cas d'aboulie avec obsessions interrogatives et troubles du mouvement*, Annal. méd.-psych., septembre octobre 1892.

toujours chez le même sujet, ainsi que le pensaient Falret et Legrand du Saulle. Suivant d'autres observateurs, le doute obsédant et la crainte de certains contacts sont deux syndromes distincts qui, tantôt coexistent, tantôt apparaissent isolément (Ladame (de Genève), Magnan, Saury, Legrain, Ballet, etc.). De même, tandis que, pour les uns, la folie du doute est une maladie véritable, ayant une évolution particulière, elle n'est, pour les autres, qu'un syndrome épisodique, transitoire, des folies héréditaires ou dégénératives. Sur cette question, comme sur beaucoup d'autres relatives à la « folie raisonnante », il y a de telles divergences entre les auteurs que Ladame (de Genève) a pu écrire : « Le doute n'est pas seulement chez les malades, il a passé dans la science, et l'affection dont nous parlons présente ce caractère singulier, qu'elle pourrait aussi bien être appelée Folie du doute en raison de l'incertitude dans laquelle se sont trouvés les savants pour lui fixer une place dans le cadre des maladies mentales, que pour les symptômes étranges qui la caractérisent[1] ».

Je pense, quant à moi, que l'on s'est trop exclusivement attaché, dans cette étude, aux formes les plus saillantes, les plus tranchées, et que l'on a trop négligé les manifestations moins apparentes, mais aussi plus profondes, qui donnent peut-être à ces états morbides leur véritable signification. Il me paraît hors de doute que la crainte du toucher nettement systématisée peut exister seule, en dehors d'un état caractérisé de doute angoissant, et réciproquement. Cependant, la séparation de ces deux états, de ces deux syndromes, même sous leur forme parfaite, n'est pas fréquente ; la lecture attentive des observations données à l'appui de leur indépendance démontre souvent, au contraire, leur réunion, qui est le cas habituel.

Le doute obsédant et la crainte de certains contacts procèdent, en effet, d'un état mental commun, dont le trait essentiel est constitué par l'*incertitude* et l'*hésitation* dans tous les modes d'activité mentale et jusque dans les mouvements volontaires, ainsi que nous avons cherché à le démontrer ailleurs[2]. Cette inquiétude, cette instabilité générale (aboulie) se systématise sur certaines séries d'idées (doute) et sur certains actes extérieurs (délire du toucher). Suivant que la systématisation est plus apparente dans un sens ou dans l'autre, le *doute* ou le *délire du toucher* prédomine, et la manifestation la plus saillante paraît exister seule. Mais toujours un douteur présente quelque répugnance pour le contact ou pour l'usage de tel ou tel objet, et tout sujet atteint de crainte du contact est préoccupé, à un degré voisin de l'obsession interrogative, par certaines idées, ne fût-ce que par l'idée de l'objet de sa phobie.

Régis émet une opinion semblable : « Il est certain, dit-il[3], que les deux syndromes ne sont pas indissolublement liés et qu'on ne saurait faire de l'un une phase d'évolution de l'autre ; mais il n'en est pas moins vrai que la crainte des contacts n'est au fond qu'une sorte de doute morbide ».

[1] Ladame (de Genève). *La folie du doute et le délire du toucher*, Annal. méd.-psych., novembre-décembre 1890.

[2] Raymond et Arnaud. Loc. cit.

[3] Régis. *Manuel pratique de médecine mentale*, 2e édit., p. 276.

P. Janet dit de même[1] : « On demande souvent si le délire du doute et le délire du contact sont deux délires différents ou deux délires dépendant l'un de l'autre. Si l'on prend ces deux délires sous leur forme d'idées fixes, ils sont indépendants, car ce sont deux idées fixes différentes que le hasard ne fera pas toujours coïncider. Mais s'agit-il de ces deux délires considérés comme altérations des phénomènes moteurs et des phénomènes de perception, nous les verrons toujours à peu près parallèles ».

Ces réserves faites, nous décrirons séparément, pour plus de clarté, la « folie du doute » et le « délire du toucher », considérés non point comme des maladies autonomes, mais comme des manifestations immédiates de l'aboulie, se retrouvant, d'ailleurs à des degrés très variables, chez tous les obsédés.

a. *Folie du doute.* — D'une manière générale, c'est un état mental caractérisé par des obsessions à forme d'interrogations incessantes, par un besoin anxieux de vérifications répétées et par la conscience qu'a le malade de l'absurdité de cet état. Ces obsessions procèdent par accès irrégulièrement intermittents.

Elles ne portent pas indifféremment sur toutes choses, elles sont limitées à certaines séries d'idées ou d'objets en nombre très variable. Mais, en dehors des obsessions proprement dites, les malades vivent dans une sorte de timidité, d'hésitation intellectuelle constante. Ils sont à la fois craintifs et pointilleux, tatillons, *rangeurs* à l'excès. Le moindre changement dans leurs habitudes les trouble et les irrite ; toute nouveauté, toute chose imprévue les offusque et les effraie : « Le fond véritable de cette maladie mentale, dit J. Falret[2], consiste surtout dans une disposition générale de l'intelligence à revenir sans cesse sur les mêmes idées ou sur les mêmes actes, à éprouver le besoin continuel de répéter les mêmes mots ou d'accomplir les mêmes actions, sans jamais réussir à se satisfaire ou à se convaincre, même par l'évidence. Ces malades sont dans un état d'hésitation intérieure perpétuelle, et ils ne peuvent parvenir à arrêter ce travail incessant de leur pensée s'exerçant continuellement sur elle-même, sans jamais arriver à aucun résultat définitif. Aussi, mon père a-t-il proposé avec raison de donner à cet état mental le nom de *Folie du doute* pour résumer, sous sa forme la plus générale, le fait psychologique principal qui lui sert de base. »

Ces dispositions intimes existent plus ou moins longtemps avant le développement des obsessions véritables.

Celles-ci portent sur les objets les plus divers, suivant l'éducation et les habitudes des malades. On peut les classer en trois catégories principales[3].

Dans l'une, les malades se préoccupent de questions plus ou moins inso-

[1] *Sur un cas d'aboulie et d'idées fixes*, Revue philosophiq., avril 1891, p. 388.

[2] *Folie raisonnante*, loc. cit.

[3] Le professeur Ball admettait cinq variétés : les *métaphysiciens*, les *réalistes*, les *scrupuleux*, les *timorés*, les *compteurs* (Leçons sur les maladies mentales).

lubles de leur nature : la création, la nature, la vie, Dieu, les astres, etc. Pourquoi les arbres sont-il verts ? Pourquoi l'arc-en-ciel est-il de sept couleurs ? Pourquoi les hommes ne sont-ils pas aussi grands que les maisons ? etc., etc. Ces obsessions constituent le *doute métaphysique.*

La seconde catégorie est représentée par des préoccupations d'ordre moral ou religieux ; les malades vivent dans la crainte perpétuelle d'avoir négligé leurs devoirs, ou d'y manquer actuellement, ce sont des *scrupuleux.*

Dans la troisième catégorie, les interrogations se rapportent à des objets beaucoup plus simples, plus terre à terre, à des problèmes qui comportent une vérification immédiate. Par exemple, un malade ne peut se décider à cacheter une lettre sans la rouvrir dix fois pour s'assurer qu'il n'a pas oublié telle ou telle chose. Un autre, sortant de chez lui, rouvre plusieurs fois la porte, pour voir s'il l'avait bien fermée, ou encore pour avoir la preuve que le feu de sa cheminée n'a pas gagné l'appartement. Un troisième cherche à chaque instant dans un tiroir un objet dont il éprouve l'impérieux besoin de constater la présence. Un médecin ne peut s'empêcher de revenir chez ses clients pour revoir ses ordonnances et s'assurer qu'il n'a pas commis d'erreur, etc. Dans les faits que nous avons rapportés avec le professeur Raymond, un malade se demande sans cesse si son mouchoir, si sa montre, si son porte-monnaie sont bien dans sa poche ; si sa cravate et ses boutons sont bien en place ; si ses dents ou ses testicules n'ont pas disparu, etc., et il ne peut résister au besoin de s'en assurer vingt fois en une heure. Ces malades recommencent indéfiniment les mêmes actes, dans l'impossibilité où ils sont d'acquérir la certitude que ce qu'ils veulent faire est vraiment fait ; ils passent tous les jours plusieurs heures à leur toilette, non pas du tout par coquetterie, mais parce qu'ils boutonnent, déboutonnent et reboutonnent sans cesse leurs vêtements. D'autres sujets doivent, pour éviter un état d'angoisse très pénible, faire répéter tout ce qu'on leur dit, comme ceux qui, poursuivis par des scrupules religieux, s'astreignent à répéter leurs prières dix fois, vingt fois, cent fois. Si on les interrompt dans cet exercice, tout est perdu, et ils doivent recommencer indéfiniment.

Les obsessions de la première catégorie, celles qui ont un objet métaphysique, ne sont au fond que l'exagération d'une tendance naturelle à tous ceux qui réfléchissent et que préoccupent ces hautes questions. Ce qui est pathologique, ici, c'est l'obsession et non point le doute, puisqu'il n'y a pas de vérification possible. Les autres seules constituent, à proprement parler, la folie du doute, puisqu'elles ont pour caractère essentiel de résister à l'évidence de preuves et de vérifications faciles et multipliées.

Pour donner immédiatement une idée concrète de cet état, nous reproduisons, en l'abrégeant, une observation tirée de l'ouvrage d'Esquirol (1838). Ce fait, un des plus complets et des plus remarquables qui aient été publiés, était rangé par Esquirol dans la *Monomanie raisonnante ou affective*[1].

[1] Esquirol. *Maladies mentales*, art. *Monomanie raisonnante*, 1838, t. II, p. 63.

M[lle] F..., âgée de trente-quatre ans, est saisie de l'inquiétude d'*emporter quelque chose de valeur* dans les poches de son tablier ou dans ses doigts. Elle secoue, frotte ses mains et ses doigts dès qu'elle a touché à quelque chose. *Veut-elle passer d'un appartement dans un autre ?* elle *hésite*, et, pendant l'hésitation, elle prend toute sorte de précautions pour que ses vêtements ne touchent ni aux portes, ni aux murs, ni aux meubles.

Elle se lève à six heures, *sa toilette dure ordinairement une heure et demie*, et *plus de trois heures* pendant les périodes d'excitation... Le frottement des doigts se fait avec une rapidité extrême et se répète jusqu'à ce que le nombre de ces frottements, *qui est compté à haute voix*, soit suffisant pour convaincre Mademoiselle qu'il ne reste rien après ses doigts. Les préoccupations et inquiétudes de la malade sont telles pendant cette minutieuse exploration *qu'elle sue et qu'elle en est excédée de fatigue* ; si, par quelque circonstance, ces précautions ne sont point prises, Mademoiselle est mal à l'aise pendant toute la journée. *Les affirmations de la femme de chambre abrègent* les précautions et la toilette... *Elle ne cachette jamais ses lettres avant que sa femme de chambre ne l'ait assurée qu'il n'y a rien dans les plis du papier.* Pendant les paroxysmes, Mademoiselle ne lit, ne travaille et n'écrit qu'en présence de sa femme de chambre, et, si elle est accidentellement seule, même dans son appartement, elle ne s'assoit pas avant que celle-ci n'arrive et *n'assure qu'il n'y a rien sur le siège qui empêche de s'asseoir*... Si elle change de siège, si elle porte ses mains à sa figure, à sa tête, à sa robe, à son fauteuil ou au fauteuil de quelque autre personne, elle secoue, se frotte vivement les doigts ; *elle fait de même si quelqu'un entre ou sort du salon.*

Quels que soient d'ailleurs leur contenu et leur nature, les interrogations obsédantes envahissent la conscience tout entière et ne laissent aux malades aucune liberté d'esprit ; ils ne peuvent s'en affranchir, et, quand elles apparaissent, ils sont absolument incapables de penser à autre chose. Ce travail monotone et tyrannique de la pensée sur un même objet a été heureusement appelé par Legrand du Saulle une « rumination psychologique ». Il en donne quelques exemples qui montrent bien en quoi consiste le phénomène : Une jeune artiste ne peut se trouver seule dans la rue sans se poser aussitôt les questions suivantes : « Ne va-t-il pas tomber quelqu'un du haut d'une fenêtre, à mes pieds ? Sera-ce un homme ou une femme ? Cette personne se blessera-t-elle ou se tuera-t-elle ? Si elle se blesse, sera-ce à la tête ou aux jambes ? Est-ce qu'il y aura du sang sur le trottoir ? Si elle se tue sur le coup, comment le saurai-je ? Devrai-je appeler du secours, prendre la fuite ou réciter aussitôt un pater et un ave ? Ne m'accusera-t-on pas d'être la cause de cet événement ? Mes élèves ne me quitteront-elles pas ? Mon innocence pourra-t-elle être reconnue ? » Une autre jeune fille croit se rappeler qu'elle a ri à l'église, le jour de sa première communion, qu'elle ne devait pas être en état de grâce, qu'elle avait dû cacher quelque chose à son confesseur et qu'elle n'était pas digne que Dieu vînt habiter en elle. « Pourquoi ai-je commis ce sacrilège ? Que peut-il en résulter ? Qu'est-ce qu'un sacrilège ? Quelle pénitence peut racheter un sacrilège ? Serais-je pardonnée, si pendant un an je ne mangeais que des

aliments maigres ? ». Une malade de Griesinger vivait constamment dans une sorte d'indécision intérieure à forme interrogative, à propos de n'importe quel sujet : « Comment tout se fait-il sur cette terre ? Pourquoi le monde circule-t-il ? Pourquoi suis-je assise ici ? Que signifie cette chaise ? Comment les hommes naissent-ils ? Pourquoi y a-t-il des hommes ? Quel destin est le leur ? ».

On conçoit aisément combien cette rumination incessante et tyrannique est de nature à troubler, à irriter les malades, en même temps qu'à les désespérer par sa ténacité et par les obstacles qu'elle apporte à l'exercice régulier de l'intelligence. Aussi, leur émotivité habituelle s'accroît-elle de plus en plus. Les malades en arrivent à un état d'irritabilité vraiment extraordinaire chez des sujets habituellement doux et timides. Ils éprouvent de violents accès de colère, et ils se livrent assez souvent à des actes de violence. Nous en avons rapporté des exemples (*loc. cit.*), et, notamment, celui d'un jeune homme qui, sous l'influence de la colère, avait de véritables impulsions homicides. Dans d'autres cas, les malades déclarent que l'existence est devenue pour eux intolérable, ils sont tourmentés par des idées de suicide, et, parfois, en viennent à des tentatives plus ou moins sérieuses.

L'incertitude constante dans laquelle vivent les malades et qui se manifeste par la rumination psychologique dont nous venons de parler, ainsi que par le besoin insurmontable de répéter et de faire répéter les mêmes choses, s'accuse toujours davantage avec la durée plus longue de l'état morbide, avec l'intensité plus grande des obsessions. En même temps, les réactions qui traduisent l'état anxieux s'accusent aussi de plus en plus. Au début, tout se passait dans l'intimité de la conscience, le malade pouvait réprimer toute manifestation extérieure, apparente, de ce besoin de revenir toujours sur les mêmes idées ; il se bornait à répéter mentalement, avec une fréquence variable, des affirmations qui le tranquillisaient pour un moment. Mais bientôt, la *répétition mentale* devient insuffisante, il s'y ajoute des *affirmations* proférées *à demi-voix,* sous forme de monologues plus ou moins longs ; des *mouvements de tête approbatifs,* qui renforcent l'affirmation, etc. Un de nos malades, qui avait de très mauvaises dents, était obsédé par la crainte que l'une d'elles ne vînt à casser ou à tomber ; quand l'obsession survenait, il portait dix fois, vingt fois sa langue sur ses dents, accompagnant ce manège d'une mimique très particulière : il inclinait la tête à plusieurs reprises, par petits mouvements approbatifs, qui étaient la traduction extérieure de ses affirmations mentales ; quand il ne se croyait pas surveillé, il poussait à demi-voix des exclamations de ce genre : « Oui, oui, c'est bien, il n'en manque aucune ! »

Plus tard encore, ces divers moyens perdent leur efficacité, et les malades, renonçant à toute dissimulation, ne résistent plus au besoin de recourir au témoignage des personnes de leur entourage. Ils éprouvent ce *besoin d'une affirmation étrangère,* qu'Esquirol, Baillarger et Falret avaient si bien mis en lumière et sur lequel nous avons insisté également. Les répétitions mentales, les vérifications multipliées, tous les moyens qu'ils peuvent trouver en

eux-mêmes pour arriver à une certitude au moins momentanée ne leur suffisent plus. L'aide d'autrui leur devient indispensable, ils fatiguent de leurs questions toujours renouvelées ceux qui vivent dans leur intimité, ils les obligent à répéter indéfiniment et dans les mêmes termes des paroles rassurantes. Ainsi que le dit spirituellement J. Falret, ils infligent *le supplice de la question* à ceux qui ont leur confiance et les transforment en véritables *souffre-douleurs*. Une malade de Falret père exigeait pour son repos que l'on répétât une phrase particulière, accentuée d'une certaine façon : « Mon bon docteur, je vous en supplie, répétez-moi quarante fois : Non, Madame, en faisant ce que vous venez de faire, vous n'avez pas eu de *mauvaises intentions!* Et quand on consentait à répéter cette phrase, il fallait appuyer énergiquement sur la liaison : mauvai*ses in*tentions, sinon la malade était dans le plus grand trouble et demandait que l'on recommençât la série tout entière, et dans les mêmes termes.

Il importe, d'ailleurs, de remarquer que ce besoin d'une affirmation étrangère ne ressemble nullement au désir d'être éclairé sur une question douteuse ; le malade ne se préoccupe pas le moins du monde de la valeur que peut avoir cette affirmation, il lui suffit que le ton soit affirmatif, mais ceci est indispensable. Baillarger a donné la très intéressante observation d'un malade qui présenta pendant quarante-cinq ans l'impérieux besoin d'être renseigné de la sorte [1] : « Quand il sort, il a besoin d'être accompagné par une personne qui n'a d'autre mission que de le rassurer sur toutes les femmes qu'on rencontre. Pour chacune d'elles, M. X. fait la même question, et demande si elle est ou non jolie. On répond uniformément et dans tous les cas que la femme qu'on vient de rencontrer n'est pas jolie, et M. X. se contente de cette réponse... Il en est venu à ne sortir que la nuit. Quand il doit voyager en chemin de fer, il choisit les trains de nuit, pour être moins exposé à rencontrer des femmes... Dernièrement, M. X. avait fait quinze lieues en chemin de fer. Avant de partir, il avait à peine entrevu la dame qui donnait les billets, mais il n'avait pas fait sa question habituelle. Une fois arrivé, il se rappelle qu'il a en effet oublié de faire cette question, et il demande à la personne qui l'accompagnait si la dame du bureau de départ était ou non jolie. C'était au milieu de la nuit; la personne chargée de répondre était très fatiguée, et elle oublia son rôle habituel : elle répondit qu'elle n'avait pas regardé la dame et qu'elle n'en savait rien. Alors commença une crise si forte, qu'il fallut consentir à faire partir une personne pour que celle-ci pût au retour affirmer que la dame qui distribuait les billets à la gare n'était pas jolie ».

Dans le même travail, Baillarger cite d'autres faits qui prouvent à la fois l'impérieux besoin d'une affirmation étrangère et la facilité avec laquelle les malades s'en contentent.

Une dame craint à chaque instant d'avoir dit ou fait quelque chose de

[1] Baillarger. *Monomanie avec conscience,* Archives cliniques des maladies mentales, 1861, p. 140.

répréhensible ; une personne dans laquelle elle a une grande confiance lui affirme qu'elle n'a rien dit ou rien fait qui puisse l'inquiéter, et aussitôt elle reprend son calme.

Une jeune fille de quatorze à dix-huit ans croyait à chaque instant avoir eu une mauvaise pensée, et elle s'imposait l'obligation de la rétracter. Or, quand cette prétendue mauvaise pensée survenait dans une conversation avec sa mère, il fallait que celle-ci répétât plusieurs fois : *oui*, *oui*, *oui*. Si la mère refusait, il survenait une grande anxiété, qui pouvait aller jusqu'à une véritable crise.

Legrand du Saulle, qui décrivait à la folie du doute une évolution en trois périodes, faisait de ce besoin de confidences et d'affirmations étrangères le signe de début de la deuxième période, précédant immédiatement le délire du toucher.

b. *Délire du toucher.* — J. Falret avait indiqué très nettement un autre ordre de symptômes qui accompagnent ordinairement la folie du doute, c'est la « *crainte du contact des objets extérieurs* ». Ce sont les mêmes phénomènes que Legrand du Saulle désigne sous le nom de *délire du toucher*. Il ne s'agit ici, en aucune façon, d'un trouble du sens du toucher. Ainsi que nous l'avons déjà dit, le phénomène consiste en une excessive émotivité, en une véritable phobie, liée à l'obligation de toucher certains objets ; l'émotion ne se produit pas à la suite du contact, mais *elle le précède* et elle peut fort bien se produire aussi à la vue ou à la pensée seule de l'objet.

Les objets les plus divers peuvent faire naître cette crainte du contact. On l'observe le plus ordinairement pour les boutons de porte, pour les pièces de monnaie, surtout de billon, pour les épingles et autres objets piquants ou coupants : éclats de verre, ciseaux, couteaux, etc. ; pour les corps gras ou gluants, pour certains animaux : chats, chiens, grenouilles, rats, souris ; une jeune fille dont parle Baillarger avait la peur des hosties consacrées ; le malade de Morel ne pouvait, sans une violente émotion, toucher à sa hallebarde, etc., etc.

La nécessité de toucher l'objet répugnant, parfois même, ainsi que nous l'avons dit, la seule vue de cet objet, entraîne une anxiété plus ou moins profonde. Il arrive qu'à force d'énergie quelques malades puissent parvenir à toucher l'objet, sans éprouver autre chose qu'une pénible angoisse. Mais beaucoup sont incapables de cet effort, et, si on les y oblige, ils ont de véritables crises convulsives, quelquefois des syncopes graves. Aussi, les malades emploient-ils toute sorte de moyens pour éviter un contact redouté. Ils s'enveloppent la main de leur mouchoir ou du pan de leur vêtement pour ouvrir une porte ou une fenêtre, ou bien ils la saisissent aussi haut que possible, loin de l'endroit qui correspond au bouton ou à la clef. Pour se garantir plus sûrement, certains ne touchent qu'avec des gants aux objets qui les impressionnent, etc.

Il s'agit là de véritables *moyens de défense*, qui sont d'ailleurs fréquents chez les obsédés en général.

Un des moyens de défense les plus habituels consiste dans les *lavages*

répétés, soit des mains seulement, soit même du corps entier. On les observe principalement dans les cas où la crainte du contact a pour objet un corps gras ou visqueux, une poudre, un animal quelconque, objets dont il peut rester une trace, un résidu sur la peau. Les malades se lavent avec une sorte d'acharnement, vingt fois en une heure, parfois pendant plusieurs heures, sans qu'ils puissent acquérir la conviction que toute souillure a disparu.

Ce fait des lavages indéfiniment répétés a un intérêt particulier en ce qu'il montre les rapports très étroits des deux syndromes : *doute obsédant* et *crainte du contact*. La multiplicité, la répétition des lavages prouvent nettement l'impossibilité où est le sujet d'arriver à se convaincre qu'il est débarrassé de la souillure redoutée ; cette impossibilité d'atteindre une certitude constitue proprement la folie du doute. De plus, les lavages sont fréquemment accompagnés de ces phrases affirmatives, prononcées à demi-voix, et formant une sorte de monologue qui, ainsi que nous l'avons vu, est caractéristique du besoin d'affirmation des douteurs.

Indépendamment de ces moyens de défense, les malades ont recours à des artifices variés, grâce auxquels ils arrivent à se tromper eux-mêmes et à donner le change aux autres. Ils emploient à cette fin certains gestes, certaines attitudes, destinés à dissimuler les mouvements qui trahissent l'obsession au dehors. Nous avons publié la longue observation d'un malade qui s'acharnait pendant ses accès à tâter ses poches, ses boutonnières, ses dents, pour s'assurer que tout était bien en ordre : « Mais, il cherchait instinctivement à dissimuler la vraie nature de ces gestes bizarres, de ces mouvements anormaux, révélateurs du trouble mental. Il s'appliquait à les masquer sous l'apparence d'habitudes particulières, de petites manies sans importance. Il affectait un air dégagé pour porter la main à sa poche ou à ses boutonnières, donnait de légères chiquenaudes à ces parties du vêtement, passait sa main dessus, à plusieurs reprises, comme pour les épousseter, etc. [1] »

Pitres et Régis ont signalé des procédés, des artifices analogues chez des sujets obsédés par la crainte de la rougeur [2].

Qu'il s'agisse de la sphère intellectuelle ou de la sphère motrice, ces artifices variés s'équivalent, ils suppléent à la faiblesse de la volonté, incapable par elle-même de produire un *travail utile* : les mouvements accessoires, le secours de la vue font cesser l'hésitation motrice et rendent l'acte possible, comme la répétition mentale et l'affirmation d'autrui font cesser le doute et fixent l'idée, au moins pour un temps ; — comme, enfin, l'intervention d'une volonté étrangère triomphe de l'indécision et entraîne la volonté.

On peut juger du degré de répulsion qu'éprouvent les malades par la variété et la complication des mesures protectrices auxquelles ils ont recours. En voici quelques exemples. Une de nos malades est assaillie, un soir, par un chien qui la touche de ses pattes et la salit peut-être de sa bave, mais sans la mordre. Elle éprouve une vive frayeur et s'imagine que ce chien était enragé.

[1] Raymond et Arnaud. *Loc. cit.*
[2] *L'obsession de la rougeur* (*Ereuthophobie*), Archiv. de Neurol., 1897.

Par suite, Mlle P... ne veut plus toucher aux vêtements et au linge qu'elle portait à ce moment, ni à rien de ce qui a pu être en contact avec ces objets. De peur que le virus rabique n'ait souillé son logement, elle fait tout repeindre, boiseries et murs. Mais alors, elle prétend qu'on n'avait pas eu la précaution de faire exécuter, par d'autres ouvriers, un lavage préalable et que, par conséquent, le seul résultat obtenu a été d'étendre le virus partout ! Il fallut se débarrasser du linge et changer d'appartement. Malgré cela, la crainte des chiens enragés et les préoccupations qui en dérivent n'ont rien perdu de leur force.

Cette malade présentait un fait assez particulier. Sa répugnance ne s'étendait pas à tous les chiens indistinctement. Elle en a un, qui répond au nom de Bijou, et à qui elle a voué un attachement exagéré, un véritable amour de vieille fille, qu'elle couvre de caresses, dont elle s'occupe sans cesse, au moins autant que de ses parents.

Une malade de Magnan [1] en était arrivée à un degré de complication encore plus grand : *elle n'ose pas toucher son porte-monnaie, touché par sa bonne qui avait touché un canapé sur lequel s'était assise une personne mordue par un chien*. Une femme, citée par Féré [2], « a fini par ne plus pouvoir vivre sans avoir constamment les orifices des narines et la bouche obturés par une bande de tissu destinée à empêcher les parcelles d'hostie qui pouvaient être contenues dans l'atmosphère de pénétrer dans son corps ».

Dans certains cas ces craintes morbides entraînent de telles conséquences qu'elles envahissent et troublent l'existence tout entière. On en jugera par le fait suivant, emprunté à Baillarger [3] :

Une dame de trente-neuf ans éprouve, depuis plus de vingt ans, une crainte extrême de toucher ou même de voir tout ce qui sert à écrire : plumes, papier, encre, et surtout des *crayons*. Par extension, cette crainte se manifeste encore pour tout ce qui est écrit ou imprimé. De là les tourments que la malade éprouve dans les rues à cause des enseignes, des affiches dont souvent elle ne peut éviter la vue... La vue seule d'un crayon produit une crise qui se prolonge plusieurs heures et qui est caractérisée par des cris, de l'agitation et même de la fureur. Mme X. n'habite jamais une chambre garnie d'un tapis, de peur qu'il n'y ait des crayons entre ce tapis et le parquet. En arrivant à l'hôtel, la première chose qu'on a dû faire a été d'enlever le tapis de l'appartement. S'agit-il de prendre une voiture publique, la malade n'y monte qu'après une visite minutieuse des coussins et des poches. Dans la rue, elle ne se promène qu'entre deux personnes qui lui cachent la vue des boutiques de libraires, de papetiers. Mme X. ne veut plus rester seule, dans la crainte d'avoir l'idée de demander elle-même du papier ou des crayons à des personnes étrangères ; non seulement elle ne peut rester seule, mais il faut qu'elle soit gardée par deux personnes à la fois qui ne cessent d'avoir les yeux sur elle.

[1] Charcot et Magnan. *De l'Onomatomanie*. Archiv. de neurol., 1885.
[2] Ch. Féré. *La pathologie des émotions*, 1892, p. 415.
[3] Baillarger. *Annal. méd. psych.*, 1866, t. VIII, p. 92.

Une seule ne saurait suffire, car elle pourrait s'endormir. A cette condition, Mme X. est calme et rassurée. Le matin, au réveil, elle ferme les yeux, croise les bras et reste ainsi jusqu'à son lever, toujours par crainte de voir ou de toucher des crayons ; une fois levée, elle reste une heure à secouer ses vêtements et à essuyer ses pieds. Une partie de la matinée se passe à examiner, à secouer les habits de son mari, de peur des crayons, encore faut-il que la mère de la malade procède ensuite à une nouvelle inspection.

La — nature — de la phobie du contact soulève toutes les questions que nous avons signalées à propos des obsessions en général.

Il semble parfois que la crainte du contact soit justifiée par une idée raisonnable quoique exagérée : ainsi pour les boutons de porte, les pièces de monnaie, les corps gras; on peut croire, et les malades ne se font pas faute de le dire, qu'il s'agit d'une répugnance toute naturelle pour un objet probablement malpropre ; — s'il s'agit d'un objet piquant ou coupant, on peut admettre la crainte, exagérée mais naturelle, d'une blessure possible ; — enfin, la répulsion à l'égard de certains animaux paraît s'expliquer par la crainte d'une morsure, de la rage, etc. Mais une observation plus attentive montre que ces explications ne reposent que sur des apparences. On verra, par exemple, que tel malade qui explique son horreur des pièces de monnaie ou des objets malpropres, est lui-même très malpropre à d'autres égards (Raymond et Arnaud, *loc. cit.*) ; que tel autre qui recule à l'aspect d'un chat ou d'un chien n'hésite pas à caresser d'autres animaux beaucoup plus sales ou dangereux. Souvent, le *contact passif* de l'objet ne provoque aucune émotion, la crise ne se produit qu'à l'occasion du *contact actif* (P. Janet), c'est-à-dire quand le sujet doit exécuter un mouvement, etc. On observe enfin chez un même malade, coexistant avec une de ces craintes qui semblent avoir un prétexte logique, des répulsions purement inexplicables. Tel, ce suisse de cathédrale, dont parle Morel, qui ne pouvait sans frémir toucher sa hallebarde [1] ; tel encore ce conseiller de cour d'appel qui ne traversait la rue qu'en marchant sur la pointe des pieds et qui évitait soigneusement de les poser sur les intersections des pavés (Morel) ; tel enfin le malade de Baillarger qui en était venu à ne marcher que sur une seule des lames du parquet de sa chambre, etc. [2].

En réalité, quand on envisage les choses à un point de vue général, on est amené à reconnaître que ces phobies du contact ne sont qu'un cas particulier d'une disposition fondamentale et primordiale, qui se manifeste, dans chacune des opérations psychiques, par des phénomènes d'inhibition, d'hésitation psychomotrice. Cette hésitation ne s'observe pas seulement dans le domaine intellectuel (doute) et à propos de certains actes particuliers (crainte du contact). On la retrouve dans les *mouvements volontaires en général*, ainsi que nous nous sommes attachés à le démontrer [3], avec le professeur Raymond. Il n'est pas inutile de revenir brièvement sur ces troubles moteurs généralisés,

[1] Morel. *Délire émotif.*

[2] Annal. méd.-psych., 1866, t. VIII.

[3] *Sur certains cas d'aboulie*, etc. Annal. méd.-psych., septembre-octobre 1892.

dont l'étude nous semble de nature à faire comprendre la plupart des autres symptômes [1].

Dans les mouvements de ces malades, on relève les caractères généraux d'incertitude et d'hésitation qui distinguent leurs manifestations purement psychiques. Toutes les réactions motrices sont troublées, à divers degrés, mais l'altération atteint son maximum dans les mouvements volontaires et, plus particulièrement, dans les mouvements complexes et délicats. Les sujets sont des *maladroits*, leurs mouvements manquent à la fois de rapidité, de sûreté et de précision. Quand il s'agit simplement de toucher un objet quelconque, en dehors de toute préoccupation spéciale, les mouvements sont le plus souvent incertains, hésitants, comme spasmodiques. Quel que soit l'acte à accomplir, les mouvements directs et harmoniques sont remplacés par des mouvements fractionnés, par de véritables tâtonnements. Très souvent, l'acte reste en suspens et ne peut être accompli qu'après plusieurs tentatives infructueuses. Un de nos malades ne pouvait rien faire d'une seule main. Par exemple, il devait se servir de ses deux mains pour boutonner ses vêtements, pour introduire une clef dans une serrure et ouvrir. Tous ces mouvements si simples étaient pour lui longs et difficiles. Un ancien notaire, observé par Billod, ne pouvait arriver à signer son nom « qu'après trois quarts d'heure d'efforts », « en suant sang et eau [2] ». Il est à remarquer que la difficulté croît avec la nouveauté des actes, à ce point que les sujets ont une répulsion instinctive pour les exercices du corps, pour les actes en général qui ne leur sont pas depuis longtemps familiers. Si on les oblige à essayer, ils se donnent beaucoup de peine pour réussir fort mal. Le même malade, dont nous avons rapporté l'histoire (*loc. cit.*), « a toujours obstinément refusé d'apprendre l'équitation. On pourrait, à la rigueur, attribuer ce refus persistant à la crainte des accidents de cheval, c'est-à-dire à un motif qui n'aurait rien de pathologique. Mais, d'autre part, M... faisait très volontiers des armes, conduisait des chevaux, chassait, sans se laisser arrêter par la pensée des innombrables accidents que peuvent entraîner ces exercices. A notre avis, c'est l'impuissance à effectuer des actes nouveaux qui rend compte de ces différences. M... avait, en effet, chassé, conduit et fait de l'escrime avant sa maladie, tandis qu'alors il n'était pas encore monté à cheval, etc. »

Ces troubles élémentaires des fonctions motrices, qui, à l'origine, sont indépendants de toute idée particulière, qui se produisent au maximum dans toute situation nouvelle ou seulement imprévue, que toute émotion aggrave sensiblement, ces troubles psychomoteurs sont évidemment le résultat d'une *aboulie* préexistante et généralisée, que l'on observe chez tous les malades en question.

Aux faits que nous avons cités pour montrer l'aboulie motrice des douteurs nous ajouterons une observation typique de Régis [3] : « Quand mon malade, dit Régis, se rend aux cabinets pour uriner il y reste des heures, à moins

[1] Voir aussi, sur ce point trop peu connu, un travail très fouillé de M. Pierre Janet. *Sur un cas d'aboulie et d'idées fixes*, in Rev. philosoph., mars et avril 1891.

[2] Billod. *Maladies de la volonté*, Annal. méd.-psych., 1847, t. X.

[3] *Manuel pratique de médecine mentale*, 2e édit., p. 278.

qu'on ne vienne l'en arracher, car cet acte si simple devient pour lui, comme tous les autres, d'une effrayante difficulté. Pour éviter de le renouveler souvent, il cherche à vider complètement sa vessie, et les dernières gouttes sont taries qu'il fait encore de violents efforts d'expulsion et secoue sa verge à n'en plus finir, sans autre résultat que de tomber de plus en plus dans l'anxiété, la fatigue et la sueur. Alors, il se vêt à nouveau, mais c'est là le temps le plus difficile et le plus prolongé de l'opération, car hanté par l'idée qu'il peut emprisonner dans sa chemise quelque saleté, surtout une mouche ou une araignée, il la plie et la défait une fois, deux fois, dix fois, rouge, haletant, obsédé, jusqu'à ce qu'enfin il arrive à la serrer hermétiquement contre son corps en plis savants, toujours les mêmes... »

En définitive, la *folie du doute* comme le *délire du toucher* ont pour condition pathogénique une perturbation généralisée, diffuse, qui se traduit antérieurement à toute manifestation particulière, par des troubles physiologiques et psychologiques étendus à tous les modes de l'activité. L'ensemble de ces troubles complexes est une véritable *aboulie,* ce terme étant pris dans son acception la plus générale, comme signifiant un *amoindrissement des synthèses mentales.* L'intelligence et la volonté présentent dans leur fonctionnement des altérations correspondantes qui, toutes, se résument en des phénomènes d'*inhibition :* la timidité, l'irrésolution, la perplexité, les scrupules, le besoin de vérifications incessantes et de l'affirmation d'autrui, la répugnance pour tout ce qui est nouveau ou inconnu, ces traits caractéristiques de l'état mental des douteurs sont l'équivalent psychologique de l'hésitation et de l'incertitude des mouvements.

Ainsi que l'a bien montré J. Falret (*loc. cit.*), « on doit distinguer ces dispositions psychiques fondamentales qui existent chez tous les malades, des idées prédominantes et des actes qui en résultent, lesquels peuvent varier suivant les cas ». L'élément intellectuel, l'idée obsédante n'intervient que secondairement pour fixer sur un objet déterminé les tendances élémentaires et profondes restées jusqu'alors à l'état diffus. L'émotivité diffuse et sans objet précis se formule et prend le caractère systématique d'obsessions liées soit à une idée (doute), soit à un objet matériel (crainte du contact). On peut comparer ce qui se passe ici à ce que l'on observe, par exemple, dans le délire de persécution systématisé : les idées de persécution précises, individualisées en quelque sorte, sont toujours, on le sait, consécutives à un état d'inquiétude vague et de défiance généralisée, qui en est le substratum et la condition préalable.

Nous verrons, à propos de l'étiologie de la folie du doute, que cette systématisation apparaît d'ordinaire brusquement, à l'occasion d'un fait accidentel et, le plus souvent, sans importance.

Marche. — Une fois constitué, l'état obsédant se déroule suivant des périodes d'exacerbation et des phases suspensives ou rémissions d'une durée souvent fort longue. La marche est essentiellement *paroxystique* et *rémittente,* mais sans aucune régularité. Les rémissions sont plus ou moins

longues et complètes. Quelquefois, elles durent plusieurs années, et le malade peut se croire guéri. Mais, ces longues rémissions sont elles-mêmes coupées de paroxysmes légers, variables d'un jour à l'autre et dans une même journée, sortes d'élancements d'une douleur assoupie, mais toujours prête à se réveiller. C'est de préférence le *matin*, au réveil, que se produisent ces retours offensifs. La remarque en a été faite depuis longtemps. Une malade de Legrand du Saulle écrivait : « Mes nuits sont généralement mauvaises, très agitées, et la matinée surtout est très difficile ». Nous avons également noté ce point dans toutes nos observations.

Les petites oscillations de l'état morbide dépendent de ces mille détails de l'existence quotidienne, et surtout des dispositions intérieures des malades, qui, elles-mêmes, varient sous l'influence de modifications organiques insaisissables. Les émotions, les contrariétés, les nouvelles inattendues, les digestions troublées amènent presque fatalement une recrudescence des symptômes, un accès d'intensité variable. Les maladies intercurrentes peuvent exercer une action tantôt bonne et tantôt mauvaise. Chez un de nos malades, les symptômes morbides avaient subi une notable aggravation dès la convalescence d'une fièvre typhoïde. Dans d'autres cas, au contraire, une maladie grave a fait disparaître pour un temps plus ou moins long les obsessions et les phobies.

Il est fréquent d'observer la coexistence du doute avec d'autres obsessions ou phobies, avec des impulsions, etc.

L'affection s'aggrave par sa durée même. Après de trop nombreuses expériences de leur faiblesse, les malades en arrivent à une défiance d'eux-mêmes bien compréhensible, à un véritable sentiment d'impuissance. Ils n'essayent même plus de lutter, et, persuadés qu'ils ne sont plus bons à rien, ils ne font plus rien en effet. Ils se confinent dans un complet isolement, et, si on ne les y obligeait pas, ils finiraient par ne plus sortir de chez eux. La santé générale s'altère, les grandes fonctions sont troublées et cet état, limité d'abord à des troubles mentaux, se complique de désordres physiques caractérisés.

Legrand du Saulle, qui considérait la *folie du doute* (*avec délire du toucher*) comme une maladie distincte, comme « l'une des quatre variétés nosologiques de la folie avec conscience », lui décrivait une évolution en *trois périodes*, semblable à celle qu'Esquirol attribuait à la monomanie affective. La première période était caractérisée par le doute obsédant et par la lutte intérieure contre les obsessions. La seconde était marquée par le besoin de confidences du malade et par l'apparition du délire du toucher. Dans la troisième période, les deux ordres de symptômes passaient de l'état intermittent à l'état continu, et le malade n'essayait même plus de lutter contre ses obsessions et ses phobies, dont néanmoins il avait toujours la « conscience parfaite ».

Il est impossible de conserver cette division, qui ne correspond qu'exceptionnellement à l'observation des faits. Celle-ci montre que, sur le fond général et préexistant d'hésitations, de perplexités et de scrupules, c'est tantôt le doute obsédant et tantôt la crainte des contacts qui apparaissent d'abord ; dans d'autres cas, leur apparition est simultanée.

De plus, leur développement n'est soumis à aucun parallélisme régulier, les manifestations du doute pouvant se multiplier et s'aggraver pendant que s'atténue, au contraire, la phobie du contact, ou *vice versa*. Enfin, il ne faut pas oublier que l'un des syndromes peut exister sans l'autre, au moins sous leur forme nettement tranchée.

Les auteurs sont unanimes à reconnaître que cet état n'aboutit pas à la démence, même à un âge avancé. Mais un délire d'une autre nature et parfaitement caractérisé peut se développer chez les douteurs. J'ai observé plusieurs cas de délire de persécution systématisé ou de délire mélancolique très tenace chez des femmes qui, pendant de longues années, n'avaient présenté d'autre trouble mental que l'obsession du doute et du toucher.

Étiologie. — L'*hérédité* névro et psychopathique, sous toutes ses formes, est la condition fondamentale de la folie du doute comme de tous les états analogues. Mais on observe ici, plus souvent qu'ailleurs peut-être, une hérédité *similaire*, l'on retrouve chez les ascendants des symptômes de même nature sinon identiques. Les parents des sujets obsédés par le doute ou la crainte des contacts ont presque toujours présenté l'état général d'hésitations, de perplexités et de scrupules. Nous en avons vu plusieurs exemples.

Ces états sont plus fréquents chez la *femme* que chez l'homme.

L'époque d'apparition est assez constante, c'est au moment de la *puberté* que se montrent, dans la grande majorité des cas, les obsessions du doute et du contact ; Baillarger et J. Falret ont insisté sur ce point, confirmé depuis par la plupart des observateurs. Dans certains cas, cependant, ces obsessions se montrent dès l'enfance.

De la folie du doute, de la crainte des contacts comme de beaucoup d'autres obsessions, on a dit qu'elles s'observaient presque uniquement dans les classes élevées de la société, chez les sujets exerçant des professions libérales. Morel cependant affirmait avoir rencontré aussi souvent « le délire émotif » chez des ouvriers et chez des travailleurs de la campagne. Les travaux de Magnan et des auteurs contemporains ont montré le bien fondé de l'observation de Morel.

Les *causes occasionnelles* qui favorisent ou qui paraissent déterminer l'éclosion de cet état psychopathique sont nombreuses et très variables d'un malade à l'autre. On signale dans les observations toutes les perturbations profondes de la santé, surtout les maladies infectieuses graves, et en particulier la fièvre typhoïde, le choléra, l'influenza à forme nerveuse, etc. L'onanisme et les excès vénériens agissent dans le même sens. Les préoccupations morales prolongées, épuisantes, le surmenage intellectuel ont aussi une influence incontestable. Le début des accidents est quelquefois en rapport, ainsi que l'observe J. Falret, avec « une circonstance déterminée, qui imprime à la maladie son caractère particulier et devient ordinairement l'origine de l'idée prédominante ». Ces circonstances particulières, d'une importance parfois très minime, sont presque toujours des émotions. Une malade de Baillarger porte une glande au sein ; son chirurgien lui recommande d'éviter les chocs

sur cette région. Immédiatement, la malade s'effraye, et bientôt elle n'ose plus se laisser approcher par ses enfants ni descendre dans la rue, ni monter en voiture, ni franchir une porte, etc. Le suisse de Morel raconte ce qui suit : « Je descendais un jour l'escalier de ma maison avec un couteau ouvert à ma main : je fis un faux pas et manquai me blesser ; je sentis aussitôt *comme un coup dans l'estomac*. Je jetai le couteau et n'osai le ramasser, de peur de me couper la main. Cette peur a continué, je tremblais à la vue d'un couteau et j'ai été des années sans vouloir couper la viande ni le pain ». La crainte du couteau disparut au bout de plusieurs années, et elle fut remplacée par une affreuse répugance à toucher la hallebarde dont il devait se servir quotidiennement dans l'exercice de ses fonctions. Nous avons publié deux observations où le point de départ des accidents est exactement indiqué par les malades. Dans l'une, les interrogations obsédantes et le doute ont immédiatement suivi une conversation dont le malade peut donner la date plusieurs années après. Dans l'autre, la crainte des chiens enragés, avec toutes ses conséquences, a été la suite directe de l'agression d'un chien dans la rue, etc., etc.

Ces circonstances, et toutes celles, plus ou moins analogues, que l'on peut relever dans les diverses observations, n'ont par elles-mêmes, est-il besoin de le dire, aucune action étiologique. Elles n'ont d'autre valeur que celle d'un point de repère intéressant. Elles ont systématisé une disposition jusque-là diffuse et sans objet précis. On peut dire qu'elles sont comme le *déclic* dont la chute va permettre la mise en marche d'un rouage prêt à fonctionner.

Pronostic et traitement. — La *folie du doute* et le *délire du toucher* sont au nombre des obsessions les plus tenaces. Elles présentent parfois des rémissions prolongées, mais elles reparaissent d'ordinaire sous l'influence des causes accidentelles que nous avons énumérées. La guérison complète est rare.

Abandonnés à eux-mêmes, ces états s'aggravent presque fatalement. Par un traitement bien dirigé, on peut obtenir soit une guérison, soit, plus souvent, de longues périodes de répit et une atténuation des symptômes compatible avec l'existence normale, avec l'exercice d'une profession. Mais il faut agir énergiquement. Il est à peu près indispensable d'isoler le malade, de le soustraire à son entourage habituel, qui, trop souvent, tolère ce que l'on appelle des *manies* ou les combat par des plaisanteries, par des moqueries dont les conséquences sont déplorables, et qui, enfin, est incapable d'imposer un traitement suivi.

Pendant la période d'isolement, qu'il serait dangereux de prolonger outre mesure, on emploiera un régime tonique et reconstituant, l'hydrothérapie sous forme d'affusions froides et de douches, des exercices physiques variés et gradués avec prudence.

Ces divers moyens ont tous pour résultat de relever les forces, de rétablir en partie l'équilibre du système nerveux et de diminuer sensiblement l'émotivité. Mais, ceci obtenu, le vrai traitement consiste dans la *rééducation de la volonté* : « Habituer insensiblement les malades à triompher de leurs répu-

gnances non motivées, les obliger par gradations ménagées à agir malgré leurs appréhensions, combattre la tendance à la répétition des mêmes actes, contrarier les habitudes invétérées, refuser catégoriquement de répondre aux questions multipliées sans raison, telles sont les indications générales du traitement moral. Mais il importe de ne pas oublier que tout cela est une question de mesure et de tact, et, sous prétexte de réveiller, de fortifier la volonté, on doit se garder d'ahurir les malades par la brutalité ou de les décourager par l'ironie [1] ». Nous avons obtenu des résultats remarquables de longs voyages en pays de montagnes, à pied, sous la direction d'un médecin.

Bibliographie. — Sur les obsessions en général consulter : J. Falret. *Folie raisonnante ou folie morale* (*Aliénation partielle avec prédominance de la crainte du contact des objets extérieurs*), Soc.-méd.-psych., 8 janv. 1866. — Morel. *Du délire émotif, névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral*, Arch. génér. de médec., 1866. — Westphal. *Ueber Zwangsvorstellungen*, Berlin. klin. Wochens., 1877. — Buccola. *Le idee fisse e le lore condizione fisiopatologiche*, Riv. sperim. di freniat., 1880. — B. Ball. *Des impulsions intellectuelles*, L'Encéphale, 1881 — Luys. *Des obsessions pathologiques*, L'Encéphale, 1883. — Tamburini. *Sulla pazzia del dubbio et sulle idee fisse ed impulsive*. Riv. sperim. di freniat., 1883. — Magnan. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1882-1891. *L'obsession criminelle morbide*, Rapport au Congrès d'Anthropol. crim., Bruxelles, 1892. — Charcot et Magnan. *De l'Onomatomanie*, Archiv. de neurol., 1885. — Saury. *Étude clinique sur la folie héréditaire*, Paris, 1886. — Legrain. *Du délire chez les dégénérés*, th. Paris, 1886. — J. Falret. *Les obsessions intellectuelles émotives et instinctives*, Rapport au Congrès international de méd. ment., 1889. — Th. Ribot. *Psychologie de l'attention*, Paris, 1889. *Les maladies de la volonté*, Paris, 1891. *La psychologie des sentiments*, Paris, 1896. — W. James. *Principles of Psychology*, 1890. — Regis. *Les neurasthénies psychiques*, Journal de méd. de Bordeaux, 1891, et *Manuel pratique de méd. ment.*, Paris, 2e édit. 1892. — P. Janet. *Sur un cas d'aboulie et d'idées fixes*, Rev. philosophiq., 1891. — Raymond et Arnaud. *Sur certains cas d'aboulie avec obsessions interrogatives et trouble des mouvements*, Annal. méd.-psych. 1892. — Ch. Féré, *La pathologie des émotions*, Paris, 1892. — Gelineau. *Des peurs maladives ou phobies*, Paris, 1894. — Lange. *Les émotions*, traduction française de G. Dumas, 1895. — Freud. *Ueber die Berechtigung*, etc., Neurolog. Centralb., 15 Janv. 1895. — J. Seglas. *Leçons cliniques sur les maladies ment. et nerv.*, Paris 1895. — Magnan et Legrain. *Les dégénérés*, Biblioth. Charcot-Debove, 1895. — Pitres et Regis. *Séméiologie des obsessions et idées fixes*, Rapport au Congrès international de Moscou, 1897. — F. Raymond et P. Janet. *Névroses et idées fixes*, Paris, 1898. — L. Bianchi. *Sur les idées fixes*, Leçon traduite par Farnarier, in Journal de médecine de Paris, 20 août 1899.

II. Obsessions-craintes ou phobies. — Il n'est pas de sensation, de sentiment ou d'idée qui ne puisse donner lieu à une crainte morbide, à une phobie. Le nombre en est véritablement indéfini. Mais les phobies dès maintenant décrites suffisent amplement à faire connaître la nature et les nuances du phénomène. Les conditions et les caractères des différentes phobies étant identiques, il ne s'attache qu'un intérêt de curiosité aux variétés que l'on découvre et que l'on dénomme à chaque instant.

[1] Raymond et Arnaud. *Loc. cit.*

Nous avons étudié plus haut les conditions et les caractères généraux des obsessions de toute nature. Il nous suffira d'indiquer ici brièvement les principales phobies décrites par les auteurs. Nous retrouverons ailleurs celles qui ont une importance particulière ou qui sont le mieux étudiées. Mais, afin d'éviter les inconvénients d'une sèche énumération, nous grouperons les craintes morbides en un petit nombre de catégories, d'après leur caractère objectif le plus général. Nous emprunterons, en le modifiant légèrement, le groupement adopté par Régis [1], et nous établirons quatre variétés de phobies, suivant qu'elles sont liées aux *objets extérieurs,* aux *lieux et éléments,* aux *maladies et fonctions organiques,* enfin aux *êtres vivants.*

a. *Crainte des objets.* — Pour J. Falret, la crainte des contacts constituait un des symptômes de la *folie du doute.* Legrand du Saulle adopte les mêmes idées, mais il donne à la crainte des contacts le nom de « délire du toucher » (1875) ; ce terme a été accepté par Ritti (1877) et par la plupart des auteurs qui ont suivi, il est aujourd'hui généralement usité.

Nous nous sommes expliqué sur les rapports de la crainte des contacts avec la folie du doute ; nous indiquerons seulement ici ses principales déterminations.

Faisons remarquer tout d'abord avec Régis que les expressions de *crainte des contacts* et de *délire du toucher* ne sont pas assez compréhensives, puisque la vue ou la seule pensée d'un objet peuvent, tout comme son contact, produire la phobie et la crise émotive. La crainte des contacts n'est donc, en réalité, qu'un cas particulier d'une crainte plus générale, la *crainte des objets.*

Un objet quelconque, par l'intermédiaire d'un sens quelconque, peut donner lieu à une crainte morbide, angoissante. « Qui n'a pas entendu parler, dit Morel [2], des accès fébriles que donnait au savant Erasme la vue d'un plat de lentilles ? Celle du cresson de fontaine causait au célèbre Scaliger des tremblements nerveux. Sénac cite des faits analogues à propos de Paoli et d'autres personnages. Pierre Bayle était pris, dit-on, de syncope lorsqu'il entendait tomber l'eau d'un robinet ; le roi Jacques II tremblait à l'aspect d'une épée nue, et la vue d'un ânon, si l'on en croit la chronique du temps, suffisait pour faire perdre connaissance au duc d'Epernon, etc. »

La plupart de ces phobies ont reçu des noms particuliers. Parmi celles qui se rapportent à des objets usuels, nous mentionnerons la crainte des boutons de porte, des pièces de monnaie, des objets métalliques en général (*métallophobie*), celle des morceaux de verre ou de jais (*jalophobie*), celle des objets pointus quels qu'ils soient (*aichmophobie*) et, plus particulièrement, des épingles et des aiguilles (*bélonéphobie*). Les étoffes soyeuses, veloutées, les poils et le duvet des fruits (*trichophobie*), la vue des voitures

[1] Régis. *Manuel pratique de médecine mentale*, 2e édit., 1892, p. 275.

[2] *Délire émotif.* On trouvera nombre de faits historiques du même genre dans la *Pathologie des émotions*, par Ch. Féré, Paris, 1892. Voir aussi *Les peurs maladives ou phobies*, par Gélineau, Paris, 1894.

(*amaxophobie*) ou le contact de l'eau (*hydrophobie*) peuvent également donner lieu à l'obsession angoissante ; dans l'*hydrophobie,* les malades se refusent à tout lavage, parfois même la répugnance s'étend aux boissons, et l'on comprend quelles peuvent être les conséquences de cette phobie sur la santé générale.

On rencontre encore fréquemment la crainte morbide des contacts malpropres (*rupophobie*, *misophobie*), celle des poisons et des virus (*toxophobie*, *iophobie*), celle de la rage (*lyssophobie*, *rabiophobie*), soit isolées, soit réunies chez le même sujet. Elles sont très souvent liées à la folie du doute, et elles se trahissent par des recherches continuelles, par des précautions incessantes à propos de tous les contacts possibles : le linge, les vêtements, les sièges, les aliments, les boissons deviennent l'objet de l'attention la plus minutieuse, d'examens indéfiniment répétés.

L'*hématophobie,* ou la peur du sang, n'est pas très rare. Elle n'est que l'exagération de l'impression pénible que cause très généralement la vue du sang. Elle peut se produire soit pour le sang humain, soit pour le sang d'un animal, ou encore pour l'un et pour l'autre. Quelques sujets sont exclusivement affectés par le sang d'autrui, et peuvent considérer impunément sur eux-même une plaie qui saigne (Féré).

La vue ou le contact des cadavres peuvent également donner lieu à une crainte morbide, la *nécrophobie.*

b. *Crainte des lieux et éléments.* — La crainte des lieux a été l'occasion de nombreux et intéressants travaux; nous la décrirons plus loin d'une manière plus complète. Il nous suffira, quant à présent, de quelques indications générales. On a décrit successivement la crainte des lieux découverts ou, du moins, étendus (*agoraphobie* de Westphal), la crainte des lieux resserrés ou fermés (*claustrophobie* de Verga), la crainte des lieux élevés (*acrophobie,* Verga), la crainte des précipices (*cremnophobie*), etc. Beard (de New-York) a réuni ces diverses variétés sous le terme générique de *topophobie.* En outre des phénomènes d'angoisse communs à toutes les phobies, la crainte des lieux détermine plus particulièrement des vertiges plus ou moins violents.

La vue d'une rivière ou de la mer est encore susceptible de déterminer une angoisse émotive (*potamophobie*, *thalassophobie*), qu'il ne faut pas confondre avec l'*hydrophobie* signalée plus haut et qui est produite par le contact de l'eau. On dit que Pierre le Grand, étant tombé à l'eau pendant son enfance, ne pouvait sans frémir traverser un pont. Ch. Féré parle d'un neurasthénique « qui ne peut traverser un pont s'il ne fixe les yeux sur un point de l'autre rive assez élevé pour qu'il n'aperçoive pas la surface de l'eau. Il lui est arrivé plusieurs fois, n'ayant pu éviter la vue de l'eau, de s'affaisser sur ses jambes devenues incapables de le supporter, et à la suite de cet accident de ne pouvoir achever la traversée qu'en rampant ».

La crainte du feu produit des effets analogues (*pyrophobie*). Un magis-

trat, cité par Magnan [1], passait des nuits sans sommeil, errant d'un étage à l'autre, pour surveiller les cheminées et aussi les lieux où il avait jeté un bout de cigarette ou une allumette qu'il avait, d'ailleurs, bien soin d'éteindre longuement et minutieusement. Un employé des finances observé par le même auteur, passait ses hivers sans allumer une seule fois du feu, et, malgré cette précaution, il n'était pas encore rassuré et se relevait la nuit pour inspecter son appartement. Dans ces deux exemples, la *pyrophobie* est greffée, comme cela est fréquent, sur l'obsession du *doute*.

Beard a groupé sous la dénomination d'*astraphobie* l'obsession de la foudre, des éclairs, des orages, des éclipses et autres phénomènes cosmiques. Le philosophe Bacon tombait en syncope pendant les éclipses de lune (Morel, loc. cit.). Caligula avait la phobie de la foudre. Auguste, pour se garantir de la foudre, portait toujours avec lui une peau de veau marin ; pendant les orages, il se cachait dans un souterrain. Cette crainte anxieuse est assez fréquente, surtout chez les femmes.

La terreur causée par l'*obscurité* (nyctophobie) s'observe aussi assez souvent. Le philosophe anglais Hobbes ne pouvait rester sans lumière. Certains sujets ont la crainte angoissante du vent (*anémophobie*).

On peut rapprocher de la crainte des éléments l'angoisse causée par les voyages en chemin de fer (*sidérodromophobie*) et qui serait assez fréquente chez les chauffeurs et mécaniciens ; Morel en a rapporté un exemple, dans son mémoire sur le *délire émotif*. J'ai connu un malade qui, pour venir de Bourges à Paris, en chemin de fer, avait mis quatre jours. Il ne pouvait rester en wagon plus de quelques heures, sans s'exposer à une syncope. Le père de ce malade présentait la même phobie.

c. *Crainte de la douleur, des maladies, de la mort, des impotences fonctionnelles.* — La peur de la douleur physique ou morale (*algophobie, odynéphobie*) atteint quelquefois jusqu'à l'angoisse et à l'obsession, surtout chez les enfants et chez les femmes.

L'obsession de la maladie est encore plus fréquente (*pathophobie, nosophobie*). La *syphiliphobie* (Ricord, Chambard), la *lyssophobie* ou peur de la rage, la *phthisiophobie* (Féré) méritent une mention particulière. La crainte plus ou moins imaginaire de la maladie peut conduire au suicide. Féré rapporte l'observation d'un malade qui se croyait, à tort, atteint de syphilis et qui, en dépit des assurances que lui donnaient les nombreux spécialistes qu'il consultait, finit par se suicider [2]. Une des formes de la *syphiliphobie* consiste dans la crainte angoissante de contaminer autrui.

La préoccupation de la mort prend quelquefois le caractère d'une véritable terreur morbide (*thanatophobie*). On l'observe dans certains cas à la suite d'un danger plus ou moins sérieux, dont le souvenir obsède et angoisse le sujet. On l'observe aussi, mais les conditions sont ici plus complexes, chez

[1] *L'obsession criminelle morbide*, Congrès d'anthropologie criminelle, Bruxelles, 1892.
[2] Féré. *La pathologie des émotions*, p. 410.

des sujets qui comptent des suicidés parmi leurs ascendants. Dans l'un et l'autre cas, mais surtout dans le dernier, cette crainte peut conduire au suicide. Nicouleau en a publié un exemple intéressant[1].

Morselli a décrit, en 1891, sous le nom de *taphéphobie*, la crainte d'être enterré vivant. Elle est assez fréquente, au moins à un degré atténué. J'ai connu une dame qui avait fait jurer à son fils de lui couper le gros orteil, dès qu'elle paraîtrait morte ; elle était persuadée que si un reste de vie subsistait, la douleur la réveillerait.

Une autre crainte, également décrite par Morselli, mais qui semble assez rare, est la peur d'être difforme ou défiguré (*dysmorphophobie*). Féré dit n'avoir pas eu l'occasion de la rencontrer. J'en ai vu un cas typique, en 1896, chez une jeune fille de vingt-un ans très nerveuse, mal réglée, un peu anémique. Le point de départ des accidents remontait à l'*âge de quinze ans* (la malade a été réglée à quatorze ans). Elle eut quelques boutons d'acné sur la joue droite. Très ennuyée, très préoccupée, elle essaye plusieurs traitements et, au bout d'un an environ, l'acné guérit en partie. Mais la préoccupation persiste toujours. Quand elle a vingt ans, cette jeune fille, voyant plusieurs de ses amies mariées, se dit que si elle n'est pas mariée elle-même c'est qu'elle est *défigurée*, elle en vient à se croire condamnée au célibat, elle se désole. Son caractère se modifie, son humeur devient bizarre et violente, parfois elle frappe les personnes de son entourage, elle brise ce qui lui tombe sous la main, elle est incapable de travailler. Il y a trois ou quatre mois survient un peu d'acné sur l'autre joue, la *gauche*. C'est un véritable désespoir. La malade applique sur sa joue des compresses imbibées d'un mélange d'eau de Cologne et de borax. Le désastre est complet : elle affirme que sa joue est *brûlée*, elle l'a bien senti ! Sa joue est *ratatinée*, *desséchée*, *déplacée*, *disparue*, il y a un *creux* à la place, etc.

Quand j'examine la malade, je constate la présence de quelques grains noirâtres sur la joue gauche, mais il n'y a rien d'anormal dans la forme ; loin d'être ratatinée, creusée, la joue gauche, par suite d'une légère asymétrie faciale, est même un peu plus saillante que la droite. Au toucher, il y a une sorte d'empâtement. La région est nettement *hyperesthésiée :* le frôlement d'un cheveu est douloureux ; dès qu'on y touche, la malade recule instinctivement et fait la grimace. J'oblige la jeune fille à se regarder dans une glace, elle ne peut arriver à définir sa prétendue déformation, mais elle reste bien convaincue de son existence. Toujours triste, profondément découragée, elle a dit plusieurs fois qu'elle aimerait mieux mourir que de rester ainsi défigurée. Dans les intervalles de ses accès, elle reconnaît l'absurdité de ses craintes.

Nous signalerons dans cette troisième catégorie, la peur de la station verticale ou *stasophobie* (Bouveret)[2] et la crainte de ne pouvoir marcher ou *basophobie* (Debove). La malade qu'a observée Bouveret gardait le lit depuis longtemps, « déclarant qu'elle ne peut absolument pas se tenir debout. Elle ne

[1] *Thanatophobie et suicide*, Annal. méd.-psych., mars-avril 1892.

[2] Bouveret. *La neurasthénie*, Paris, 1890, p. 73.

présente aucune trace de paralysie ou d'une affection organique quelconque des centres nerveux. Je voulus la faire lever. A peine debout, elle fut prise d'un état d'angoisse effrayant, avec oppression, palpitations, pâleur de la face, et il fallut promptement la remettre au lit. »

Régis a décrit des craintes émotives de même nature, mais plus spécialisées encore : l'*ananastasie* ou impossibilité de se lever quand on est assis ; l'*ananabasie* dans laquelle le malade peut marcher, se lever, s'asseoir, mais ne peut monter [1]. Un prêtre, cité par Régis d'après Lichtwitz, était, à certains jours, et surtout quand l'église était pleine de monde, dans l'impossibilité de gravir les marches de l'autel pour dire sa messe. Mais s'il pouvait s'appuyer sur l'enfant de chœur, l'obsession inhibitrice disparaissait.

Ces faits de Bouveret, de Debove, de Régis sont analogues à l'*astasie-abasie* de Charcot et de Blocq. Mais ils s'en distinguent par leur caractère émotif et paroxystique ; l'*astasie-abasie* est, en effet, un trouble *continu* et qui ne s'accompagne pas nécessairement d'un état anxieux. Dans certains cas, cependant, elle peut aussi être la conséquence d'un état obsédant [2].

Parmi les craintes relatives aux fonctions organiques, Féré a observé l'obsession angoissante liée à la satisfaction des besoins naturels (*physiophobies*), à l'action de se moucher, de manger ; à la miction, à la défécation, etc.

d. *Craintes relatives aux êtres vivants.* — Ces craintes se manifestent sous les formes les plus diverses, elles ont pour objet soit les hommes (*anthropophobie*), soit les animaux (*zoophobie*).

Quand elle a pour objet les humains, la crainte morbide présente de nombreuses modalités. Parfois, elle naît seulement dans les grandes agglomérations, c'est la *peur des foules*, forme assez fréquente. D'après Toulouse, cette angoisse existerait chez Zola [3]. La phobie peut encore être plus limitée et liée, par exemple, à la présence des seules personnes de connaissance, ou exclusivement à la vue des femmes (*gynophobie*), ou même de certaines catégories d'hommes ou de femmes. C'est ainsi que « Dumont (de Monteux) avait horreur des femmes enceintes, des loueuses de chaises, des vieilles bouquetières dont la vue lui causait une vraie douleur » (Féré). Un malade de Baillarger, dont nous avons parlé à propos de la *folie du doute*, éprouvait une angoisse violente en présence de toute femme qu'il supposait jolie ; il suffisait, pour arrêter l'accès, qu'on lui affirmât que la femme n'était pas jolie. « La rencontre d'un capucin, dit Féré, donnait des terreurs qui allaient jusqu'à la défaillance à un officier qui avait fait ses preuves de bravoure dans plusieurs batailles » (*loc. cit.*, p. 407).

Inversement, l'absence de tout être vivant, la solitude est réellement insupportable à certains sujets, qui ne peuvent rester seuls, soit la nuit, soit le jour, sans avoir une crise anxieuse : c'est la *monophobie*, assez fréquente dans la

[1] *Manuel de méd. ment.*, 2e édit., p. 290.
[2] Séglas. *De l'abasie et de l'astasie émotives*, Méd. moderne, 1891, n° 24.
[3] *Émile Zola*, par E. Toulouse, Paris, 1896, p. 165.

folie du doute. On l'observe chez certaines femmes impressionnables, mais les hommes n'en sont pas exempts. Les sujets atteints de *monophobie* ne peuvent coucher seuls dans une chambre. Un homme, cité par Gelineau [1], éprouve une telle crainte d'être seul « qu'il faut l'accompagner jusqu'à la porte d'un certain lieu et lui parler de loin pour lui faire comprendre qu'on ne l'abandonne pas ». Un malade dont parle Beard avait une telle horreur de la solitude qu'il payait un homme 20 000 piastres pour qu'il ne le quittât jamais.

La plupart de nos sentiments envers nos semblables peuvent devenir l'occasion de craintes obsédantes et paroxystiques. La *jalousie morbide* mérite une mention toute particulière. Les jaloux auxquels nous faisons allusion ici manifestent leurs soupçons et leurs craintes par intermittences, et, tout en ayant conscience que rien ne légitime leur jalousie, ils n'en sont pas moins cruellement tourmentés.

La crainte des animaux ou *zoophobie* est fréquente. Il en existe des exemples célèbres, dont quelques-uns sont relatés par Féré [2] : « Germanicus ne pouvait voir ni entendre les coqs ; le maréchal d'Albret s'évanouissait en voyant la tête d'un marcassin ; Tycho-Brahé avait une syncope à la vue d'un renard. Henri III ne pouvait supporter la vue d'un chat. Copland cite un vieux domestique qui devenait fou à la vue d'une souris : sa mère avait eu la même antipathie pendant qu'elle le portait ». La peur des chiens (*cynophobie*), et principalement des chiens enragés, est une des plus communes ; elle est souvent associée à la *folie du doute*. Les araignées, les crapauds, les chenilles, les punaises, etc., donnent fréquemment lieu à la crainte anxieuse.

A la *zoophobie*, ou antipathie pour les animaux, s'oppose l'angoisse, l'horreur toute pathologique pour leurs souffrances ; c'est la *zoophilie*, une des formes de la « volupté de la compassion ». Un des malades de Morel (*Délire émotif*), voyant une grenouille étendue sans mouvement, éprouva une si violente émotion qu'il éclata en sanglots et dut s'aliter. La *zoophilie* existe assez souvent chez des femmes qui consacrent leur temps et leur fortune à soigner les animaux, qui poursuivent avec une véritable fureur les physiologistes connus pour leurs expériences de vivisection (folie des antivivisectionnistes, de Magnan [3]). Ce qui démontre le caractère morbide de cet état, en outre de l'aboulie et de l'émotivité manifestes chez les sujets, c'est l'indifférence souvent complète pour les parents les plus proches et pour les souffrances humaines en général qui accompagne l'amour excessif des animaux ; à cette indifférence s'ajoute parfois une véritable cruauté. Le malade de Morel, qui s'évanouissait à la vue d'une grenouille malade, « ne manquait pas de louer des fenêtres le jour des exécutions en place de Grève ; il n'y allait pas, il est vrai, mais il forçait ses domestiques à y aller ».

Les quatre catégories que nous avons indiquées sont loin d'épuiser toute la série des craintes obsédantes. Il en est qui se prêtent mal à un classement.

[1] *Des peurs maladives ou phobies*, p. 115.
[2] *La pathologie des émotions*, p. 408.
[3] *De la folie des antivivisectionnistes*, communic. à la Soc. de Biol., 27 février 1884.

Dans le nombre, on peut en observer, par exemple, à l'occasion de certains *actes*. Féré cite, d'après Morel, un père qui n'osait pas embrasser son enfant de peur de l'étouffer. Le même auteur donne l'observation d'un homme qui ne pouvait écrire quoi que ce fût sans avoir une crise d'anxiété, liée à l'idée obsédante que son écriture pouvait le compromettre. Morel, Billod ont également rapporté des faits d'angoisse émotive se produisant quand le malade devait donner sa signature. Régis a observé chez certains sujets l'impossibilité de se vêtir (*anesthie*) : « Cette impossibilité est intermittente et ne survient que par crises ; elle se borne le plus souvent à une ou plusieurs pièces de l'habillement, par exemple aux bas, aux chaussures, au gilet, au corsage, au chapeau. Dans les intervalles de crises, les malades peuvent s'habiller sans difficulté ; lorsque l'obsession survient, ils ne peuvent y parvenir, et ils en sont réduits soit à rester chez eux jusqu'au retour du calme, soit à sortir à moitié vêtus[1] ».

D'autres obsessions encore sont relatives à des faits d'*ordre moral*. Analogues aux scrupules des douteurs, elles s'en distinguent par leur spécialisation plus précise. Les *rapports conjugaux* donnent lieu souvent à des obsessions de ce genre. Mais elles se rencontrent dans les circonstances les plus diverses. J'ai été consulté par un jeune homme de vingt-cinq ans, qui, depuis plusieurs années, était poursuivi par la *crainte de regarder les gens avec effronterie*. Comme il arrive d'ordinaire, l'obsession a subi une aggravation progressive. Le malade a commencé par ne plus oser regarder personne en face. Puis, il s'est mis à porter des lunettes fumées pour dissimuler son regard ; les lunettes ont dû être de plus en plus foncées, à ce point qu'il ne peut se diriger dans les rues et qu'il faut l'accompagner. Il n'y a, dit le malade, qu'un remède : « Pour guérir aussitôt, il me faudrait devenir aveugle ! »

Enfin, il n'est pas rare, nous le savons, d'observer la réunion chez un malade de phobies multiples. Elles peuvent être nombreuses au point de déterminer une véritable *panophobie*, moins vague, moins étendue, mais peut-être plus grave que la panophobie ou disposition à tout craindre dont nous avons déjà parlé et qui constitue comme le fond mental de tous les émotifs. Ici, le trouble n'existe pas seulement à l'état diffus, mais il se systématise à propos du moindre incident, de nature quelconque, et tout devient pour le malade l'occasion d'une crise d'anxiété. Un de nos malades, atteint d'un doute obsédant étendu à une foule de questions, avait, en outre, de l'agoraphobie, la crainte des foules, des voitures, du chemin de fer, de nombreuses craintes du toucher, etc. Il en était venu, à vingt-neuf ans, à ne pouvoir vivre que sous la surveillance maternelle. Il ne pouvait sortir seul, ni rester seul chez lui, ni recevoir quelqu'un hors de la présence de sa mère, etc. On avait essayé plusieurs fois, pour l'aguerrir, de le laisser seul dans la rue, sous un prétexte quelconque. Dès qu'il se voyait isolé, il était pris de tremblement, d'une sueur froide, de vertiges, et il lui restait à peine la force de se faire ramener chez

[1] Régis. *Manuel de méd. ment.*, 2e édit., p. 292.

lui en voiture. Une dame observée par Pitres et Régis[1] « était constamment en état de souffrance vague, en état latent d'angoisse, qui éclatait sous forme de paroxysmes à la moindre occasion. Une voiture passait-elle pendant qu'elle marchait sur le trottoir dans la rue? Aussitôt, elle tombait en crise, craignant qu'une roue ne se détachât et ne vînt l'écraser. Au moindre vent, une tuile allait glisser d'un toit et lui fendre la tête. A table, les aliments allaient l'étouffer. D'autres fois, à peine sortie de chez elle, à l'idée que quelqu'un des siens venait peut-être de mourir tout d'un coup, elle était forcée de revenir sur ses pas pour se rassurer. » Certains malades en « arrivent à ne plus bouger parce que tout ce qui les entoure les effraye (Féré, *loc. cit.*). — La *phobophobie* ou peur d'avoir peur (Beard) est un état analogue et entraîne des conséquences semblables.

Parmi les obsessions-craintes, certaines méritent une attention particulière, soit par leur fréquence, soit parce qu'elles ont été l'objet de travaux plus étendus. De ce nombre sont l'*agoraphobie,* la *claustrophobie* et l'*éreuthophobie*. Nous les décrirons d'une manière spéciale, comme des types cliniques destinés à donner une idée plus précise de la façon dont les obsessions se présentent dans la réalité.

e. *Topophobie* (agoraphobie et claustrophobie).

Beard (de New-York) a réuni sous le nom de *topophobie* les différentes craintes morbides qui se manifestent à propos des lieux, quels qu'ils soient. On observe ces craintes dans les conditions les plus variées. C'est par exemple la vue d'un lieu déterminé, et de ce lieu seulement, qui entraîne la crise angoissante ; c'est le passage d'un pont ; Pierre le Grand, paraît-il, présentait cette dernière phobie. Dans d'autres cas, les symptômes morbides apparaissent quand le sujet regarde du haut d'une terrasse ou d'un balcon même médiocrement élevés, ou bien, inversement, quand il lève la tête pour regarder de bas en haut. La même angoisse peut se produire encore à la vue de la mer, en présence d'une place, d'un espace étendu, tout autant que dans un espace clos, dans une chambre, dans une pièce quelconque, etc., etc.

Quelques-unes de ces phobies ont reçu des noms particuliers. C'est ainsi que l'on a décrit une *thalassophobie* ou peur de la mer, une *cremnophobie* ou peur des précipices, une *acrophobie* ou crainte des hauteurs. Mais les deux variétés les plus importantes de crainte des lieux, celles qui ont été l'objet de travaux particuliers, sont l'*agoraphobie* ou peur des espaces étendus et la *claustrophobie* ou peur des espaces fermés. Bien qu'elles supposent des conditions extérieures absolument différentes, il n'est pas rare de les observer l'une et l'autre chez le même malade.

Les symptômes sont d'ailleurs identiques dans toutes ces variétés de *topophobie*. Aussi, pour éviter des répétitions fastidieuses, nous bornerons-nous à décrire l'agoraphobie et la claustrophobie, prises comme types de crainte des lieux.

[1] *Séméiologie des obsessions et idées fixes,* Rapport au Congrès de Moscou, 1897.

1° *Agoraphobie* (Westphal). — *Peur des espaces* (Legrand du Saulle)[1]. Morel avait entrevu dès 1866[2] les faits qui, un peu plus tard, ont été fort bien décrits par Westphal sous le nom d'*agoraphobie* ou crainte des places publiques. Le terme « peur des espaces », adopté par Legrand du Saulle, est plus exact, car l'émotion spéciale dont il s'agit peut se produire dans la rue, sur un pont, à un balcon ou à une fenêtre tant soit peu élevée, dans une barque, en pleine campagne, etc. ; quelquefois, mais plus rarement, au théâtre, à l'église, dans toute salle vaste ; en un mot, dans un espace quelconque, couvert ou découvert, pourvu qu'il soit vide et d'une certaine étendue.

La peur des espaces est caractérisée par les phénomènes suivants : en présence d'un espace vide, dans les conditions que nous venons d'indiquer, un sujet éprouve brusquement une crainte angoissante accompagnée d'un tremblement général, de faiblesse des membres inférieurs, de palpitations cardiaques. L'angoisse est surtout cérébrale, le sujet a l'impression confuse, s'il s'agit d'un espace à traverser, que la distance à franchir est énorme, qu'il n'y parviendra pas ; il éprouve un serrement aux tempes, une sensation de vide céphalique et une confusion profonde dans les idées ; il est dans l'impossibilité d'avancer. Si la situation se prolonge, si le malade essaie, par un effort de volonté, de dominer l'anxiété qui, en quelque manière, le paralyse, il peut se faire qu'il réussisse à marcher et qu'il franchisse le pas difficile, sans autre inconvénient que la persistance d'un malaise très pénible. Mais le cas est rare. Le plus souvent, presque toujours, pourrait-on dire, la situation, en se prolongeant, ne fait que s'aggraver ; les efforts du malade n'ont d'autre résultat que d'accentuer tous les symptômes : l'angoisse cérébrale du début s'augmente d'une constriction épigastrique ou thoracique, il se produit des alternatives de chaleur et de froid, des sueurs profuses, des étourdissements, des bourdonnements d'oreilles, des vertiges, et le tout peut aller jusqu'à la syncope.

Pour faire cesser la crise, et même l'empêcher de naître, il suffit très souvent de la circonstance la plus simple : aucune émotion ne se produira, si, par exemple, le malade est accompagné, s'il peut s'appuyer soit au bras de quelqu'un, soit sur un parapluie ou une canne (Westphal) ; ou encore, s'il y a beaucoup de monde sur la place ou dans la rue à traverser, si le sujet longe les maisons, s'il suit une voiture traversant la place, etc. Un malade de Westphal n'éprouvait aucun malaise les jours ordinaires, quand les magasins étaient ouverts et qu'il y avait des promeneurs dans les rues ; mais il avait des accès très pénibles les dimanches et les jours fériés, alors que les magasins étaient fermés et les rues désertes. Westphal parle encore d'un prêtre qui était saisi d'angoisse chaque fois qu'il se trouvait dans un lieu sans voûte et

[1] Voir principalement, Westphal. *Archiv. f. Psych.*, 1872. Cordes, *id.*, *id.* Perroud. *Lyon médic.*, 1873. *Discussion à la Soc. Méd.-Psych.*, 1876 : Legrand du Saulle, Delasiauve, Falret, Fournet. A. Ritti. *De l'Agoraphobie*, Gaz. hebd., 1877, n° 43. Legrand du Saulle. *La peur des espaces*, *névrose émotive*, Gaz. des Hôpit., 1877-1878. *Articles des Dictionnaires.*

[2] *Délire émotif*, Archiv. génér. de méd., 1866, 2e observat.

sans plafond ; à la campagne, il recherchait le couvert des arbres, il suivait les haies ; quand il se trouvait sur un terrain complètement découvert, il ouvrait son parapluie dont l'abri léger suffisait à dissiper son angoisse et ses terreurs. Un officier, cité par Legrand du Saulle, éprouvait tous les symptômes décrits lorsqu'il devait traverser une place en vêtements civils ; mais toute crainte, toute anxiété disparaissait quand il était en tenue, son sabre au côté. J'ai connu une femme atteinte d'agoraphobie qui n'éprouvait rien de fâcheux quand elle emportait en sortant un petit chat sur son bras. De même, une conversation animée et absorbante, toute distraction ou préoccupation profonde atténuent encore dans une large mesure les crises agoraphobiques ou les suppriment complètement.

Tout ce qui élève ou abaisse le *ton* nerveux agit sur l'apparition et l'intensité des crises. Un bon repas, un verre de bon vin garantissent certains sujets, en leur donnant plus d'assurance. Au contraire, les accès sont plus fréquents et plus intenses à jeun, quand le sujet est seul et attentif à la route qu'il suit, quand il est fatigué physiquement ou déprimé moralement pour une cause quelconque.

L'idée seule, la représentation mentale des espaces vides, peuvent déterminer un accès aussi complet que leur vue elle-même. Un malade de Morel (*loc. cit.*), à l'abri dans son appartement, est pris d'une violente crise, allant presque jusqu'à l'état syncopal, parce que, au moment où il venait de se coucher, son domestique lui apprend qu'il existait un puits dans le jardin avoisinant sa chambre.

Les symptômes que nous avons indiqués sont ceux qui se retrouvent d'une façon constante, avec de simples différences de degré, chez les divers malades atteints d'agoraphobie. Il s'y ajoute parfois des troubles particuliers, variables d'un malade à l'autre, et qui consistent principalement en altérations de la sensibilité. Une malade de Legrand du Saulle, par exemple, a « la sensation qu'elle s'enfonce dans de l'argile, que le sol rebondit, puis qu'elle enfonce encore ». Dans un cas de Westphal, le malade disait que « les pavés lui semblaient couler en torrent sous ses pas, etc. ».

Les sujets dont il s'agit ici ont conscience de leur état morbide et ils en souffrent cruellement. Poursuivis sans cesse par l'appréhension de leurs ridicules terreurs, ils luttent péniblement contre leurs angoisses, ils s'adressent des reproches et des exhortations. Mais, livrés à eux-mêmes, après quelques succès partiels, ils finissent toujours par succomber. Leur force de résistance diminue du fait même de leurs défaites successives et de l'attention obsédante qu'ils prêtent à leur maladie. Ils se découragent de plus en plus, ils ont peur de devenir fous, ou de mourir subitement dans une crise, ils éprouvent le besoin impérieux d'être rassurés à cet égard. Quelques-uns désespèrent complètement, et ils cherchent à en finir par le suicide. Mais, le plus souvent, leur volonté débile est incapable de l'effort nécessaire à l'accomplissement de l'acte, et leurs tentatives avortent.

La plupart n'en viennent pas là et se contentent d'éviter, par un genre de

vie spécial, les occasions de danger. Ils se logent au rez-de-chaussée, ils sortent le moins possible, et, quand ils y sont obligés, ils évitent les places et les larges rues, ils choisissent les heures où ils croient avoir plus de chances de rencontrer des passants, ou bien encore ils ne sortent qu'accompagnés, ils évitent de monter aux étages supérieurs, de se mettre à un balcon, à une terrasse, de regarder par la fenêtre, etc. Toutes ces précautions compliquent singulièrement leur existence et leur interdisent à peu près toute occupation régulière.

On a dit que l'agoraphobie peut être *primitive* ou *secondaire*, et, d'après Legrand du Saulle, elle serait surtout primitive chez l'homme et surtout secondaire chez la femme. Dans ce dernier cas, elle serait consécutive à une maladie débilitante qui aurait déterminé un état neurasthénique. Mais ces faits ne sont souvent que des apparences, et il est habituel de découvrir, quand on peut remonter dans le passé des malades, des signes non douteux de déséquilibration nerveuse, des obsessions plus ou moins caractérisées, des tics, une émotivité anormale, etc. Bref, dans le plus grand nombre des cas, l'incident auquel on pourrait être tenté d'attribuer une influence pathogénique n'a été que l'occasion, le prétexte attendu pour l'éclosion d'un état morbide jusqu'alors latent. Cependant, il n'est pas niable qu'une maladie infectieuse, par exemple, puisse entraîner, chez un sujet jusqu'alors indemne de toute manifestation pathologique du système nerveux, des phénomènes neurasthéniques variés, et, parmi eux, l'agoraphobie. Mais, dans les cas de ce genre, les accidents sont moins caractérisés et moins tenaces.

Quelle que soit son origine, l'agoraphobie, comme tous les états analogues, peut se développer brusquement ou lentement. Le *début lent*, graduellement progressif, paraît être le plus fréquent. Les accès caractéristiques sont précédés, pendant un temps plus ou moins long, par des phénomènes émotifs, une angoisse précordiale sans objet défini, des appréhensions vagues, des scrupules, des hésitations sans motif, en un mot, par un ensemble de manifestations ressortissant à l'*aboulie* et qui s'accusent de plus en plus. Puis apparaissent des bourdonnements d'oreilles, des éblouissements, des vertiges, un sentiment de fatigue. Ces divers phénomènes, psychiques et somatiques, se produisent surtout à jeun ou à la suite des émotions même les plus légères.

Le début *brusque* est généralement en rapport avec une émotion vive, survenant chez un sujet prédisposé, par exemple une chute dans la rue ou sur une place, un accès de vertige en regardant d'un lieu élevé, ou même le simple récit d'accidents analogues. Dans ces différents cas, la disproportion entre l'insignifiance de la cause et l'intensité des effets qu'elle détermine met bien en relief la nécessité d'une prédisposition neuropathique intense et le plus souvent héréditaire.

Étiologie. — L'étiologie de l'*agoraphobie*, comme celle de tous les états analogues, est dominée par l'hérédité. Son influence n'est pas seulement fréquente, on peut dire qu'elle est indispensable, sauf dans les cas assez rares où la peur des espaces n'est que la manifestation transitoire d'un état neurasthénique accidentel.

L'hérédité est tantôt directe et tantôt indirecte. Il n'est pas rare de constater une hérédité *similaire*, c'est-à-dire la transmission des mêmes phénomènes d'une génération à l'autre. Plus souvent encore, on retrouve chez les parents diverses craintes plus ou moins analogues à la peur des espaces, des obsessions, des bizarreries nerveuses de tout genre.

L'*agoraphobie* paraît être plus fréquente chez les hommes que chez les femmes.

Quant à l'âge, c'est surtout à l'âge adulte, de vingt-cinq à cinquante ans, que l'affection se développe le plus souvent.

Certains auteurs disent que « l'*agoraphobie* semble être le monopole des hommes exerçant une profession libérale ». Il y a là une exagération manifeste, et de nombreux travaux, en particulier ceux de Magnan et de ses élèves, prouvent, comme l'avait déjà vu Morel, que la maladie est loin d'être rare dans les professions les moins libérales et dans les milieux les moins cultivés, chez les ouvriers de la ville et des campagnes.

En dehors de ces causes générales, prédisposantes, parmi lesquelles l'hérédité a seule une influence efficace, on a relevé des causes déterminantes multiples mais dont le trait commun est d'être de nature débilitante (Cordes). C'est ainsi qu'on incrimine le travail cérébral exagéré, tous les genres de surmenage, tous les excès, les préoccupations morales vives, les maladies aiguës graves, les affections gastriques de longue durée, etc., etc.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'*agoraphobie* ne peut guère prêter à confusion, quand on connaît les caractères de cet état psychopathique. Legrand du Saulle établit un diagnostic différentiel minutieux avec les vertiges ; il suffit de rappeler que le tournoiement des objets et l'obscurcissement de la vue, qui caractérisent les vertiges simple et ténébreux, n'existent pas dans l'agoraphobie ; — que la conservation de la conscience et du souvenir est à peu près complète dans la peur des espaces, tandis que la perte de l'une et de l'autre distingue le vertige épileptique ; — enfin, que le vertige stomacal et l'hypocondrie s'accompagnent de troubles gastriques et de préoccupations relatives à la santé, troubles et préoccupations étrangers à l'*agoraphobie*.

Mais, en réalité, l'élément de diagnostic essentiel et qui dispense de tous les autres, c'est le mode de production de la crise angoissante (espace vide à traverser ou à regarder) et l'appréciation très nette du sujet sur la cause de son malaise.

Les auteurs ont expliqué diversement la nature de l'*agoraphobie*. D'après une observation particulière, Benedikt considérait cette angoisse comme un résultat de troubles de la vue (affaiblissement du pouvoir convergent). Westphal n'a pas de peine à réfuter l'opinion de Benedikt puisque les troubles de la vue ne figurent presque jamais dans les observations de peur des espaces, et lui-même incline à rattacher cet état si spécial à l'épilepsie. Ce n'est là qu'une vue théorique, les faits ne légitimant pas plus l'explication de Westphal que celle de Benedikt.

Nous accepterions beaucoup plus volontiers la théorie de Cordes qui fait de l'*agoraphobie* un *trouble psycho-moteur ;* la perturbation du sens musculaire déterminerait un sentiment de peur, lequel, à son tour, exercerait une action inhibitrice sur les fonctions musculaires.

En se plaçant au point de vue purement psychologique, Fournet avait exprimé une opinion analogue. Pour lui, l'agoraphobie est « une paralysie morale, une insuffisance psychique, préparée et aidée quelquefois par une insuffisance organique... C'est surtout une insuffisance de ce que l'on appelle le caractère, ce qui revient à une insuffisance de volonté, de contractilité morale, d'action sur soi-même et de réaction contre les idées malsaines et contre les obstacles de la vie [1]. »

La crainte des espaces est très souvent associée à d'autres phobies, à des obsessions diverses (Morel, Westphal, Legrand du Saulle, Falret, Magnan, Saury, Legrain, etc.) : « L'étude des observations nous montre, en effet, que tantôt l'agoraphobie existe seule, tantôt au contraire elle se combine avec d'autres craintes, telles que celle d'une épée nue, celle de tomber d'une fenêtre ouverte, de voiture, etc. Plusieurs malades même présentent aussi la crainte du contact des objets extérieurs en même temps que l'agoraphobie [2]. » Nous avons observé avec le professeur Raymond trois malades chez lesquels la peur des espaces coexistait avec un état nettement caractérisé de *folie du doute* et de *délire du toucher* [3].

2° *Claustrophobie* (Verga, de Milan). — Peur des espaces fermés.

La *claustrophobie* a été décrite par Meschede, par Verga (de Milan), par Raggi (de Bologne), par Ball, par Magnan, etc. Elle se manifeste dans des conditions inverses de l'*agoraphobie,* mais elle est caractérisée par les mêmes symptômes, par les mêmes causes et par le même mécanisme. Nous n'avons donc pas à y insister, et nous nous bornerons à citer quelques faits empruntés aux auteurs, qui feront clairement comprendre en quoi consiste cet état particulier.

B. Ball a très heureusement caractérisé les sensations qu'éprouvent les malades atteints de la peur des espaces fermés : « C'est une angoisse constrictive, dit-il, comparable à celle qu'on pourrait ressentir en rampant à travers un passage de plus en plus étroit, jusqu'au point où, collé contre les parois, on ne pourrait plus ni avancer ni reculer [4]. » Un malade de Ball ne pouvait rester dans une pièce quelconque sans que les portes et fenêtres restassent ouvertes : « Pendant la nuit, il fallait laisser ouvertes les fenêtres de sa chambre, la porte de sa chambre et même la porte de l'appartement... Pris d'une inquiétude irrésistible, il se voyait quelquefois obligé de descendre, au milieu de la nuit, dans la cour de la maison, et même de se faire ouvrir la porte cochère, pour errer toute la nuit dans les rues (*loc. cit.*). »

Un jeune homme de vingt ans, observé par Meschede, éprouvait une

[1] Fournet. *Soc. méd.-psych.*, 31 juillet 1876.
[2] J. Falret. *Soc. méd.-psych.*, 31 juillet 1876.
[3] *Annal. méd.-psych.*, septembre-octobre 1892.
[4] B. Ball. *De la Claustrophobie*, Annal. méd.-psych., 1879, t. II.

dyspnée très pénible et des vertiges chaque fois qu'il entrait dans une petite chambre ou dans un local étroit. Il fut obligé d'abandonner ses études et d'entrer chez un fermier. Il campait, la nuit, dans les bois ou dans les champs. Pendant la partie la plus rigoureuse de l'hiver seulement, il consentait à dormir dans une vaste chambre, mais à la condition de laisser portes et fenêtres largement ouvertes.

Raggi rapporte l'histoire d'un peintre de trente ans qui, enfermé dans une salle pour un concours, est d'abord absorbé par son travail et ne prête aucune attention à ce qui l'entoure. Il était sur le point de terminer son tableau, quand, d'un air préoccupé, il se dirige vers la porte. Ne pouvant l'ouvrir, il perd l'esprit, est comme terrifié, s'élance vers la fenêtre, descend par le toit d'une maison voisine, et, de maison en maison, arrive jusqu'au mur du jardin et enfin dans la rue. Il retrouve alors seulement sa tranquillité d'esprit et le sentiment de la sécurité.

f. *Éreuthophobie*[1]. — Pitres et Régis ont décrit sous le nom d'*éreuthophobie* une obsession caractérisée par la crainte de la rougeur et par l'angoisse qu'éprouvent les sujets à la seule idée de rougir. L'obsession procède par accès irrégulièrement espacés. Il ne faut pas confondre l'*éreuthophobie* avec l'*érythrophobie*, ou phobie de la couleur rouge, analogue à l'impression que fait le rouge sur le taureau.

La crainte angoissante de la rougeur est très anciennement connue. Nous en avons retrouvé un curieux exemple dans Casper. Cet auteur parle d'un jeune étudiant en médecine « atteint de l'idée fixe qu'il rougissait toujours et que dans la rue tout le monde riait en voyant son infirmité. Il venait me voir souvent et je remarquai que sa maladie augmentait ; alors, prévoyant quelque malheur, je lui conseillai de peindre sa figure en rouge, de cette manière, personne ne verrait sa prétendue infirmité ; il reçut ce conseil avec joie et le mit à exécution. Pendant quelque temps il se trouva soulagé, mais un jour il accourt chez moi et s'écrie : « Cela traverse ! » L'idée fixe avait repris le dessus, le malheureux s'imaginait que la couleur de ses joues se voyait à travers la couleur dont il s'était peint. A partir de ce moment, la maladie alla à grands pas et ce malheureux jeune homme, ne pouvant résister à ses tourments, se suicida. [2] »

Bechterew [3] étudiait la crainte de rougir à peu près en même temps que Pitres et Régis, mais c'est à ces derniers auteurs qu'appartiennent l'étude systématique et la dénomination de l'éreuthophobie.

On l'observe de préférence chez les *jeunes hommes* ; presque tous les cas de Pitres et Régis et ceux de Bechterew concernent des hommes de vingt à

[1] *L'obsession de la rougeur* (Ereuthophobie), par Pitres et Régis, Arch. de neurol., 1897.

[2] Casper. *Traité pratique de médecine légale.* Traduct. Germer Baillière, Paris, 1862, p. 349.

[3] Bechterew. La crainte de rougir considérée comme une forme spéciale de trouble pathologique, *Neurol. centralbl.*, mai et nov. 1897.

trente ans ; il en est de même dans l'observation de Casper. L'hérédité nerveuse domine l'étiologie de cette phobie comme celle de tous les états analogues. L'*hérédité similaire* n'est pas rare.

Comme la plupart des craintes morbides, comme la folie du doute, l'*éreuthophobie* se développe de préférence sur un terrain *neurasthénique :* « Tous nos sujets, disent Pitres et Régis, étaient des neurasthéniques constitutionnels, quelques-uns, en plus, des dégénérés à stigmates. Tous se souvenaient d'avoir rougi dès l'enfance, mais ils n'avaient commencé à s'en inquiéter qu'à dater de la puberté, entre douze et dix-huit ans, le plus souvent à l'occasion d'un incident fortuit, d'une crise de rougeur particulièrement désagréable. »

Généralement, ces malades sont mieux le matin que le soir. Nous avons observé le contraire chez les douteurs, pour qui la matinée est particulièrement pénible. Cette obsession trouble et complique toute l'existence, tous les actes de la vie deviennent une cause de préoccupation et une difficulté. Entrer quelque part, aborder quelqu'un est un tourment ; se faire raser ou se faire couper les cheveux chez un coiffeur est un véritable supplice, à cause de l'attention soutenue que doit porter l'opérateur sur le visage du sujet. Une pensée secrète, une appréhension quelconque déterminent la rougeur. Qu'ils fassent bien ou qu'ils fassent mal, les malades rougissent ; ils sont constamment sous le coup de la peur de rougir.

D'ordinaire, ils sentent venir la crise. Elle s'annonce par des symptômes variables, mais qui tous sont de l'ordre émotif. C'est tantôt « une faiblesse du cœur avec picotements », tantôt « un poids sur l'estomac, accompagné de palpitations, de bouffées de chaleur, d'angoisse » ; ou bien, « le malade se plaint « de palpitations, d'un sentiment d'oppression, il a le sang à la tête, il a des bourdonnements d'oreilles, des éblouissements, ses jambes se dérobent », etc. Pendant la crise, qui peut durer quelques minutes ou plusieurs heures, les malades sont très anxieux, très irritables. En dehors des crises, ils pensent toujours à leur rougeur. Ils s'étudient, ils s'analysent, ils croient qu'ils ne sont pas comme tout le monde, ils ont assez souvent des idées de suicide.

Craignant par-dessus tout d'être remarqués, de paraître ridicules, les éreuthophobes ont recours à toute sorte d'artifices soit pour empêcher, soit pour dissimuler leurs crises. Ils essaient de prévenir la rougeur en détournant et occupant ailleurs leur attention ; par exemple, ils s'appliquent à lire, ils entament une conversation ou un monologue à haute voix, ils entreprennent un travail manuel, etc. Mais, ces moyens plus ou moins ingénieux réussissent rarement à enrayer la crise. Pour la dissimuler, ils se cachent la figure derrière un journal, en faisant semblant de lire ; ils se couvrent le visage avec les mains ou avec un mouchoir, ayant l'air de se moucher, de s'essuyer, de souffrir des dents. L'un s'enfonce son chapeau sur les yeux, un autre se cache sous un parapluie, un troisième paraît absorbé par la lecture des affiches et tient son visage obstinément tourné vers la muraille, etc. La plupart, pour acquérir de l'assurance, se livrent à la boisson de propos délibéré (Pitres et Régis, Bechterew).

Mais tout cela est encore insuffisant, et les malades s'ingénient à trouver

des procédés plus radicaux, pour masquer complètement ou faire avorter leur malencontreuse rougeur. Le malade de Casper se *peint le visage en rouge ;* un des sujets de Pitres et Régis voudrait *se poudrer comme les femmes.* Un autre demande à être débarrassé de son idée obsédante par la suggestion. Tel cherche une teinture « qui donnerait au teint une nuance feu permanente ». Tel autre, décidé à tout, exige des saignées répétées et finit par réclamer « la ligature des deux carotides »; on simule l'opération à titre de suggestion, mais la rougeur reparaît; alors, désespéré, il demande « un changement de cerveau, une extraction du cerveau. Que voulez-vous, ajoute-t-il, mourir pour mourir ! ».

Pitres et Régis ont noté ce fait curieux, à savoir que les variations atmosphériques influent, non pas seulement sur l'intensité de la rougeur, mais aussi sur la production de l'accès. Suivant que le temps est chaud ou froid, sec ou humide, les malades rougissent plus ou moins, selon les cas. Il arrive même que lorsque l'état atmosphérique n'est pas favorable à la rougeur, le malade ne rougit pas, *même s'il est préoccupé par l'idée de rougir.* Un des obsédés dont ces auteurs rapportent l'histoire, a lui-même fort bien remarqué le fait : « Quand il fait un froid vif et sec, quand le vent cingle ma figure, alors même que je songe à rougir, impossible. »

Les auteurs voient avec raison, dans cette particularité intéressante, une preuve du peu d'influence de l'idée dans l'apparition des crises émotives.

L'obsession de la rougeur peut être associée à une foule d'états nerveux : neurasthénie, hystérie, autres obsessions ou impulsions, idées de suicide, etc.

Elle est très tenace, très peu curable. La suggestion, soit hypnotique, soit à l'état de veille, peut donner des résultats favorables.

B. — Obsessions impulsives ou impulsions proprement dites.

Sauf les cas exceptionnels où l'impulsion est instantanée et vraiment irrésistible, elle est ordinairement la conséquence et l'aboutissement psychologique d'une idée obsédante, et, par là, elle fait partie du groupe des Obsessions.

Certains auteurs limitent le sens du mot impulsion aux cas dans lesquels l'acte a été accompli.[1] Nous pensons qu'il vaut mieux lui laisser sa signification traditionnelle, et nous considérons l'impulsion comme une idée obsédante qui s'accompagne d'une tendance plus ou moins irrésistible à l'acte. Comme l'obsession proprement dite, l'impulsion est de nature *aboulique :* elle traduit l'affaiblissement ou l'impuissance de la volonté considérée dans son *pouvoir d'arrêt.*

Au point de vue strictement psychologique, on a pu soutenir qu'il n'y a pas lieu de séparer l'impulsion de l'obsession, toute idée étant en réalité un

[1] Bourdin. *De l'impulsion, sa définition, ses formes et sa valeur psychologique.* Ann. méd.-psych., mars-avril 1896.

acte, et les idées obsédantes méritant le nom d'*impulsions intellectuelles* que leur a donné le professeur Ball. Mais, en clinique, il existe une différence très réelle et très importante entre l'obsession simple et l'obsession impulsive. Dans le premier cas, l'acte n'existe qu'au point de vue psychologique, il ne tend pas à se manifester au dehors. Dans le second cas, au contraire, à l'acte intérieur s'ajoute une tendance constante à un second acte, à un acte musculaire, *extérieur*, qui a par lui-même des conséquences pratiques, quelquefois très graves. C'est pour ce motif qu'il nous paraît indispensable de séparer l'impulsion de l'obsession simple.

Comme nous l'avons fait pour les obsessions, nous décrirons seulement les impulsions les plus importantes.

a. *Dipsomanie* (διπσα, soif, et μανια, fureur). — *Synonymie* : Furor bibendi et Oinomania (Salvatori). — Trunksucht (Bruhl Cramer). — Dipsomanie (Hufeland). — Oinomanie (Stœber). — Monomanie d'ivresse (Esquirol). — La dipsomanie est un état morbide caractérisé par l'impulsion irrésistible à boire, impulsion qui se reproduit d'une façon intermittente. Le plus souvent, ce sont des liqueurs alcooliques ou excitantes que les malades absorbent ; mais l'impulsion peut exister pour tout autre liquide. La distinction entre les dipsomanes et les buveurs en général est très clairement indiquée dans cette phrase de Trélat, si souvent citée : « Les ivrognes sont des gens qui s'enivrent quand ils trouvent l'occasion de boire. Les dipsomanes sont des malades qui s'enivrent toutes les fois que leur accès les prend[1]. »

C'est en 1817 que la « fureur de boire » a été décrite pour la première fois par l'Italien Salvatori, médecin pratiquant à Moscou, qui a fort bien vu les principaux caractères de cette affection. Deux ans après, en 1819, l'Allemand Bruhl-Cramer, pratiquant également à Moscou, la décrivait comme une maladie nouvelle, sous le nom de Trunksucht[2]. Le mot *dipsomanie*, qui a survécu, est dû à Hufeland.

Esquirol, Marcé, Dagonet rangent la dipsomanie dans la grande classe des *monomanies*. Morel la considère comme une des manifestations de la folie héréditaire. Krafft-Ebing, Ritti la classent dans les folies périodiques, Foville et Ball dans les délires partiels. Magnan, à l'exemple de Morel, y voit un symptôme de la dégénérescence héréditaire.

Symptômes. — L'approche de l'accès dipsomaniaque est toujours annoncée par des *prodromes* significatifs et sur lesquels le malade ne se trompe guère : il devient inquiet, triste, irritable ; il est indifférent à tout, incapable de toute application au travail, il éprouve des appréhensions vagues, sans motifs. A ces modifications de l'humeur et du caractère s'ajoutent des symptômes physiques : céphalalgie, angoisse précordiale, anorexie, sensation de sécheresse

[1] Trélat. *Folie lucide*, p. 151.

[2] Voir A. Foville. *Du delirium tremens, de la dipsomanie et de l'alcoolisme*. Arch. gén. de méd., 1867.

et de chaleur à la gorge, douleurs dans l'estomac et quelquefois vomissements. Le désir de boire obsède le malade, le presse de plus en plus; il est accru par un sentiment de faiblesse générale et très pénible que l'alcool fait disparaître. Dès que le malade a cédé à ce besoin croissant, impérieux, il est pris dans l'engrenage, et l'accès commence.

Talonné par l'impulsion, incapable de supporter l'absence du sentiment de bien-être que lui procure l'alcool, torturé dès qu'il cesse de boire, le malade boit avidement, tant qu'il peut, jusqu'à ce qu'il tombe ivre-mort. Quelques-uns boivent avec des compagnons, au café ou au cabaret : ce sont les dipsomanes *cyniques* de Ball. Les plus nombreux s'enferment parfois dans un appartement loué à cet effet, et absorbent, sans témoins, d'énormes quantités d'alcool (dipsomanes *mystérieux*, Ball). Lasègue a bien observé les sujets de cette catégorie : « Solitaire, fuyant les compagnies, luttant par l'obstination muette et invincible contre les sollicitations qui le préserveraient, le dipsomane se comporte comme certains aliénés onanistes[1] ». Il est fréquent aussi de voir le dipsomane quitter son domicile, dès le début de son accès, faire des fugues à l'aventure, mais ordinairement hors de son quartier ou même hors de la ville qu'il habite ; il va, errant de cabaret en cabaret, vendant tout ce qu'il possède, tout ce qu'il a sur lui, jusqu'à ses vêtements, pour assouvir sa soif inextinguible; les femmes se livrent au premier venu pour un verre de vin ou d'eau-de-vie. Le malade roule ainsi dans les bouges les plus abjects, il vole pour se procurer quelque argent et boire encore, il ne recule pas devant le crime. Il ne s'arrête que lorsqu'il est ivre-mort. Mais, avant d'en arriver là, il doit absorber d'énormes quantités de spiritueux, car le dipsomane offre une résistance très grande à l'alcool. B. Ball cite l'exemple d'un journaliste qui buvait jusqu'à 24 litres de vin rouge en un jour. Un malade de Macnish s'enfermait dans sa chambre, dès qu'il sentait venir son accès; il ne dormait qu'une heure par jour et, pendant les huit jours que durait l'accès, il consommait « douze quarts de bouteilles de sherry, six d'eau-de-vie, six de whiskey, douze pintes de porter, douze d'ale ». L'accès revenait tous les deux ou trois mois[2].

La *nature* des liquides ingérés est très variable. Le plus souvent, c'est du vin, de l'eau-de-vie, de l'absinthe, de la bière. Mais, tout est bon aux dipsomanes, et, à défaut de ces boissons habituelles, ils absorbent des liquides quelconques : eaux de toilette, eau de Botot, alcool camphré, vin de quinquina, médicaments contenant de l'alcool, éther, chloroforme, etc. Ritti parle d'un dipsomane qui, « à chacun de ses accès, achetait un grand flacon d'éther ; puis, prenant une voiture à l'heure, il s'y enfermait et aspirait la liqueur enivrante jusqu'à satiété ». Legrand du Saulle a publié un fait du même genre. L'impulsion peut exister aussi, mais beaucoup plus rarement, pour des liquides qui ne sont ni alcooliques ni excitants. Raymond et Janet rapportent

[1] Lasègue. *Dipsomanie et alcoolisme*, Arch. gén. de méd., septembre 1882.

[2] Macnish. *Oinomanie*, Americ. journ. of insan., juillet 1851. (Anal. in Annal. méd.-psych., 1852, p. 469.)

un cas très curieux de dipsomanie du café au lait[1], et Janet tend à admettre que certains cas de *polyurie* soi-disant *hystérique* ne sont autre chose que des *polydipsies impulsives*, avec *polyurie* pure et simple (Cours du Collège de France, 1899).

Certains dipsomanes boivent indifféremment des liqueurs de toute espèce ; d'autres, au contraire, se spécialisent et, autant qu'ils le peuvent, absorbent le même liquide dans tous leurs accès.

Pendant toute la durée de l'accès, le malade mange à peine, avec répugnance, il ne dort pas, et, au moins dans les premiers temps, il ne présente que peu de signes d'intoxication. Mais, vers la fin de l'accès, et de plus en plus en approchant de la limite de résistance du sujet, apparaissent les symptômes de l'ivresse complète, de l'alcoolisme aigu grave : abrutissement, troubles gastriques, vomissements, tremblements, étourdissements, démarche titubante, etc. « L'ivresse, dans son aspect le plus dégradant, est le résultat ordinaire de ces excès. Le plus souvent, des vomissements signalent la fin des paroxysmes ; Bruhl-Cramer, Stœber, le plus grand nombre des auteurs anglais les considèrent comme une crise constante » (A. Foville). On observe aussi parfois des hallucinations de la vue et de l'ouïe (Foville, Magnan).

La *durée* des accès est très inégale d'un malade à l'autre ; elle varie de quelques jours à quelques semaines (Salvatori) ou à plusieurs mois (Esquirol).

La convalescence, le plus souvent rapide, est quelquefois longue ; « elle s'accompagne souvent de fatigue, d'abattement, d'anorexie, de dégoût et de honte » (Foville).

Nous avons dit que l'impulsion dipsomaniaque était intermittente. Les accès se reproduisent ordinairement d'une façon très irrégulière, une ou plusieurs fois par an, parfois tous les mois ; ce dernier mode s'observe principalement chez la femme, et les accès sont alors en rapport avec le moment des règles. En dehors même de cette périodicité menstruelle, on a observé des retours réguliers : Salvatori et Bruhl-Cramer rapportent des faits dans lesquels les accès duraient six jours et revenaient après une intermittence de six jours également.

Les *intermittences* sont aussi des plus variables, mais leur durée est généralement plus longue que celle des accès. Dans le plus grand nombre des cas, les intermittences deviennent de plus en plus courtes, et les accès se rapprochent jusqu'à devenir subintrants (Lasègue). Mais, dans certains cas favorables, les accès vont au contraire en s'éloignant.

Pendant les périodes qui séparent les accès, les malades sont habituellement sobres, tempérants. Ils conservent le souvenir de leurs excès et ils les apprécient correctement. De là, une répugnance raisonnée pour les boissons alcooliques et une lutte parfois très vive quand ils sentent venir la crise. Trélat, Magnan donnent des observations de malades qui, pour s'empêcher de boire, mêlaient à l'alcool des substances répugnantes, des matières

[1] F. Raymond et P. Janet. *Névroses et idées fixes*, Paris, 1898, t. II, p. 194.

fécales. Une femme dipsomane, dit Magnan (*loc. cit.*), « écrivait avec son sang la promesse de ne plus boire ». D'autres, ayant conscience de leur faiblesse de résistance, se font interner dans une maison de santé. Il est cependant des cas dans lesquels le sujet ne se rend compte de son état ni avant, ni pendant, ni après l'accès. Lasègue et Ball ont rapporté des faits de ce genre.

Il faut noter enfin l'association fréquente de la dipsomanie avec d'autres états morbides de l'ordre psychique. On retrouve surtout, dans les observations de ces malades, la coexistence d'états mélancoliques avec impulsions suicides, des impulsions homicides, la nymphomanie, etc.

Diagnostic. — La première difficulté, et elle est quelquefois très grande lorsqu'il s'agit d'un dipsomane honteux, mystérieux, qui se cache soigneusement pour boire, consiste à reconnaître l'existence même de la maladie. Ce n'est ordinairement qu'après un certain nombre d'accès qu'elle se décèle, et souvent c'est par un hasard imprévu ; parfois, par exemple, la police ramène à son domicile un individu qu'elle a ramassé dans la rue, ivre-mort, et qui jamais encore n'avait été soupçonné d'intempérance.

Un premier accès ne peut donner que des présomptions : s'il démontre l'existence d'excès alcooliques, il ne prouve pas la dipsomanie. Cette réserve est d'autant plus nécessaire qu'une tendance à boire plus ou moins impulsive se rencontre assez souvent au début de la paralysie générale, de la manie et d'autres affections mentales ; certains auteurs désignent cette tendance sous le nom de dipsomanie *symptomatique*. La dipsomanie *vraie* ne peut être affirmée avec certitude qu'après la *constatation de plusieurs accès intermittents*. Par conséquent, en présence d'un accès ayant les caractères que nous avons décrits, il est indispensable d'étudier avec soin le passé du malade et de rechercher ses *antécédents* : on apprendra que le sujet est habituellement sobre, qu'il éprouve même une certaine répulsion pour les spiritueux ; que l'accès actuel a été précédé de modifications de l'humeur et du caractère ; que déjà antérieurement le malade avait disparu brusquement de chez lui, et qu'à son retour il était malpropre et sans argent, qu'il paraissait embarrassé, honteux, qu'il avait mal justifié son absence, etc. Si à cela s'ajoute la connaissance de tares nerveuses, héréditaires ou personnelles, on aura les principaux éléments du diagnostic.

En ce qui concerne le *diagnostic différentiel*, la *période d'excitation* de la *folie à double forme* peut donner lieu à de réelles difficultés. Elle s'accompagne parfois d'excès alcooliques, qui reviennent périodiquement comme la maladie elle-même. Il y a donc là une cause d'erreur particulière. Mais l'état mental est très différent dans l'un et l'autre cas : tandis que l'aliéné circulaire ou à double forme est caractérisé, à cette période, par une excitation générale de toutes les fonctions psychiques et somatiques, le dipsomane se distingue par la tristesse, la dissimulation et la recherche de la solitude. Ici encore, l'étude des antécédents lèvera les doutes qui pourraient subsister.

L'*alcoolisme* sous ses différentes formes se distingue assez facilement de la dipsomanie : il ne s'accompagne pas d'impulsion ou du moins pas de cette

impulsion consciente, avec lutte angoissante, si pénible pour le dipsomane ; l'alcoolique est entraîné par l'habitude et il ne désire aucunement y résister. Il boit régulièrement, aussi souvent qu'il en trouve l'occasion, et, contrairement encore au dipsomane, il aime à boire en compagnie, l'ivrogne est éminemment sociable. Quand il est sous l'influence de l'alcool, il présente les troubles spécifiques de cette intoxication : hallucinations de la vue (animaux, flammes), terreurs, crises nocturnes, tremblements, sueurs, etc. L'alcoolique chronique présente, de plus, une cachexie particulière, une déchéance physique et mentale qui constitue un véritable stigmate de l'alcoolisme (voy. l'article Alcoolisme). Nous avons vu que rien de semblable n'existe chez le dipsomane.

Dans certains cas, cependant, on observe chez le dipsomane quelques-uns des symptômes propres à l'alcoolisme (Salvatori, Bruhl-Cramer, Magnus Hus, Foville, Linas, Ball). Magnan déclare que « le délire alcoolique finit par compliquer l'accès de dipsomanie quand celui-ci dure assez longtemps ou se répète fréquemment[1] ». Quelquefois même « en dehors de leurs périodes impulsives, les dipsomanes se comportent comme de véritables ivrognes. Dans ces cas, les excès répétés peuvent finir par provoquer les symptômes de l'alcoolisme chronique » (Magnan, *loc. cit.*). Cette combinaison de symptômes crée des difficultés pour le diagnostic. Mais elle ne se rencontre guère que chez les vieux dipsomanes, et, dans ce cas, la connaissance des antécédents permettra d'éviter l'erreur.

Pronostic. — Salvatori assure avoir guéri 48 dipsomanes sur 50. Ces chiffres prouvent que l'auteur en question faisait entrer dans sa statistique des faits d'alcoolisme, et aussi qu'il considérait comme des guérisons des cas à longues intermittences. En réalité, la dipsomanie est très peu curable, rien n'étant plus difficile que de modifier l'état mental qui lui donne naissance. Il existe néanmoins des faits authentiques de guérison. Le malade de Macnish, dont nous parlons plus haut, guérit après deux ans de séjour dans une maison de santé : huit ans après sa sortie, la guérison restait complète. Lasègue a vu guérir un dipsomane à la suite d'une broncho-pneumonie grave. L'anglais Hutcheson, le professeur Ball et d'autres auteurs mentionnent des faits semblables.

Traitement. — Il faut distinguer le traitement de l'accès et celui de la maladie elle-même.

Le traitement de l'accès dipsomaniaque ne diffère pas de celui de l'ivresse. Nous renvoyons donc à ce qui en est dit à l'article *Alcoolisme*.

Le traitement de la maladie, si variés que soient les moyens proposés, est bien peu efficace. L'idée de traiter les accidents gastro-intestinaux qui apparaissent dès la période prodromique est rationnelle, mais elle n'a pas donné de résultats appréciables. Les toniques, les amers, les drastiques ont successivement échoué. Certains auteurs ont préconisé, mais sans plus de succès,

[1] Magnan. *La dipsomanie* in *Leçons sur les maladies mentales*, 1re édit., 1882-1891.

l'ipéca à la dose de 3 à 4 grammes. On a essayé, aussi inutilement, les émissions sanguines locales, le séton à la nuque [1], le mélange de l'alcool à tous les aliments, à toutes les boissons, en vue d'en dégoûter le malade, etc.

Le séjour prolongé à la campagne, combiné avec un régime tonique et avec l'hydrothérapie, donne de meilleurs résultats. Mais, trop souvent, les sujets trouvent l'occasion de retourner à la ville et de s'abandonner à leur impulsion morbide.

Il n'y a guère, en définitive, que l'isolement forcé et prolongé, c'est-à-dire l'internement, dont on puisse espérer des guérisons durables. Encore sont-elles très aléatoires.

Etiologie. — Nous avons déjà dit que l'*hérédité*, soit similaire, soit, plus souvent, dissemblable, est la condition fondamentale de tous les états obsédants et impulsifs. La dipsomanie ne fait pas exception à la règle.

Des *causes occasionnelles* diverses peuvent éveiller la prédisposition héréditaire. On a signalé notamment les émotions morales dépressives. La menstruation, la grossesse, la ménopause paraissent avoir une influence étiologique, au moins sur le retour des accès.

L'affection est plus fréquente chez la *femme* que chez l'homme.

Les *excès alcooliques* répétés peuvent-ils entraîner le développement de la dipsomanie ? Les premiers auteurs, Salvatori, Bruhl-Cramer, Magnus Hus, etc., répondaient affirmativement. Au contraire, Esquirol et Lasègue soutiennent que la maladie apparaît chez des sujets précédemment sobres, tempérants, ayant même présenté une certaine répugnance pour les boissons alcooliques. « Les malades, dit Esquirol, avaient antérieurement des mœurs douces, des habitudes de sobriété, ils ont changé tout à coup. Quelques causes physiques ou morales ont provoqué ce changement, quelques signes précurseurs l'ont annoncé. L'accès fini, les malades rentrent dans leurs habitudes de tempérance [2]. » Lasègue est beaucoup plus catégorique. Pour lui, la dipsomanie et l'alcoolisme sont « deux formes d'empoisonnement indépendantes, étrangères l'une à l'autre ; elles contrastent par leur étiologie, leur marche, leurs symptômes et leur terminaison. La disparité est telle qu'aucun dipsomane ne devient alcoolique et aucun alcoolique dipsomane, à n'importe quelle période des deux maladies. » Il insiste sur les différences de toute sorte qui séparent le dipsomane de l'alcoolique : « Les habitudes de la vie avaient été jusque-là sobres, régulières, quelquefois même jusqu'à la correction exigeante. La surprise est si grande que d'abord on n'y veut pas croire... La dipsomanie est plus qu'une rareté à l'hôpital où les faits d'alcoolisme surabondent... Je me risquerais presque à ajouter que ce n'est la maladie ni des imbéciles, ni des gens de peu. Qui oserait en dire ou même en penser autant des alcooliques ?... Le dipsomane boit autant et plus que l'alcoolique, il boit les mêmes liqueurs et s'enivre, mais ne s'alcoolise pas. L'alcoolique boit

[1] Voir Semelaigne. *Diagnostic et traitement de la dipsomanie*, Journal de méd. ment., t. I, 1861.

[2] *Maladies mentales*, t. II, p. 74.

également et ne s'enivre pas... Pendant les phases aiguës, le dipsomane ne présente aucun, je dis aucun, des symptômes de l'alcoolisme... Personne n'a vu un dipsomane acculé, à force d'excès, dans l'impasse de l'alcoolisme chronique. De même est-il préservé, aux degrés moyens, des aventures mentales de l'alcoolisme. Pas d'hallucinations transitoires, pas de terreurs de jour ou de nuit, pas de tendance au suicide... Pas plus que le dipsomane n'est ou ne devient alcoolique, pas plus l'alcoolique n'est ou ne sera dipsomane à aucun moment de sa vie » (Lasègue, *loc. cit.*). Lasègue reconnaît deux modes pathogéniques pour le développement de la dipsomanie : « Presque toujours, c'est à la suite d'un ébranlement de santé que se déclare la disposition maladive... Dans d'autres cas, les accidents cérébraux pathogéniques se développent plus insidieusement ou même se rattachent à une tare congénitale » (Lasègue, *loc. cit.*).

Cette opposition radicale, absolue, entre la dipsomanie et l'alcoolisme n'est pas admise par tous les auteurs. Nous avons vu que Foville et Magnan ont noté chez les dipsomanes des hallucinations visuelles analogues à celles de l'alcoolique. Linas[1] dit aussi que « la dipsomanie et l'alcoolisme ont entre eux les rapports les plus étroits ; l'un, en effet, conduit à l'autre, les dipsomanes deviennent fatalement alcoolisants lorsque leurs accès sont fréquents ou de longue durée ». B. Ball admet, avec les auteurs anglais, une dipsomanie *acquise*, consécutive à l'alcoolisme. Magnan ne reconnaît pas la dipsomanie acquise, mais il affirme qu'à la longue les dipsomanes peuvent présenter tous les accidents de l'alcoolisme, y compris l'alcoolisme chronique.

En résumé, la dipsomanie n'a pas avec l'alcoolisme des rapports aussi étroits que l'ont dit certains auteurs ; l'une et l'autre procèdent d'états psychiques différents et se distinguent encore par leur marche et leur terminaison. Mais s'il est vrai de dire que l'alcoolisme ne conduit pas à la dipsomanie, *état mental* particulier et complexe, on ne peut nier qu'à la longue le dipsomane puisse présenter quelques-uns des symptômes de l'*intoxication* alcoolique. Des faits très nombreux établissent, contrairement à l'affirmation évidemment exagérée de Lasègue, que l'immunité de ces sujets à l'égard de l'intoxication par l'alcool n'a rien d'absolu.

Bibliographie. — SUR LA DIPSOMANIE, CONSULTER PRINCIPALEMENT, EN DEHORS DES TRAITÉS GÉNÉRAUX DE PATHOLOGIE MENTALE : Trelat. *De la folie lucide*, Paris, 1861. — Semelaigne. *Diagnostic et traitement de la dipsomanie*, Journal de méd. ment., t. 1, 1861. — A. Foville. *Du delirium tremens, de la dipsomanie et de l'alcoolisme*, Archiv. génér. de méd., oct. et nov. 1867. Du même. Art. *Dipsomanie* du Nouv. Dict. de méd. et de chir., 1869. — A. Linas. Art. *Monomanie* du Dict. encycl. des scienc. médic., 1875. — Legrand du Saulle. *Note médico-légale sur un cas rare de dipsomanie* (*Abus d'inhalations d'éther*), Annal. d'hyg. et de méd. légale, mai 1882. — Lasègue. *Dipsomanie et alcoolisme*, Archiv. gén. de méd., sept. 1882. — B. Ball. *Leçons sur les maladies mentales*, Paris, 1883. — A. Ritti. Art. *Dipsomanie* du Dict. encycl. des scienc. médic., 1884. — Magnan. *La dipsomanie*, in *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, Paris, 1882-1891.

[1] A. Linas. Art. *Monomanie* du Dict. encyclop., 1875.

b. *Sitiomanie.*— De même qu'il existe une impulsion à boire, il existe aussi une impulsion à manger, plus ou moins irrésistible et tout à fait comparable à la précédente. C'est la *sitiomanie* (de σιτιος, aliment).

Cet état, beaucoup moins important, beaucoup plus rare que la dipsomanie, a été décrit par Magnan[1]. Il se présente sous la forme d'accès pendant lesquels les malades engloutissent des quantités d'aliments invraisemblables. Ils trouvent dangereux et ridicule cet appétit vraiment monstrueux, ils luttent, ils résistent, mais l'impulsion finit par avoir raison de leur résistance. Voici, résumé, le fait que rapporte Magnan.

Une femme qui a toujours été fantasque et prétentieuse à l'excès, traverse, à l'âge de dix-huit ans, une période de tristesse avec découragement, apathie, indifférence, impuissance au travail. A vingt-huit ans, nouvelle période de dépression mélancolique pendant deux ou trois mois. A trente-six ans, elle éprouve tout à coup un désir insatiable de manger. Tous les aliments lui étaient bons. Elle avait beau se lamenter, se reprocher sa gloutonnerie, elle ne s'en corrigeait pas; les journées et les nuits se passaient à manger. Désespérée et ayant le sentiment très net que par ses seules forces elle ne triompherait jamais de l'impulsion, envahie par des idées de suicide, elle demanda elle-même son placement dans un asile. Son état s'améliora assez rapidement.

J'ai connu personnellement un cas analogue. Il s'agit d'un jeune homme de quatorze ans environ, fils d'un père très vif, très emporté, et d'une mère très nerveuse (elle avait une crise de nerfs, quelquefois avec perte de connaissance, quand son mari la regardait un peu fixement, à table). Un frère est paralytique général.

Le jeune homme en question présentait de nombreuses bizarreries : il mettait une sorte de coquetterie à porter des souliers d'une grandeur démesurée, immenses, qu'il ne trouvait jamais assez vastes ; ses vêtements également d'une ampleur excessive, avaient des poches énormes, dans lesquelles il entassait toute sorte de victuailles, qu'il distribuait dans la rue aux enfants et aux chiens : « Tous les chiens du quartier, disait-on de lui, le connaissaient et le suivaient dès qu'il paraissait. » Toutes ces étrangetés s'augmentaient d'une véritable *sitiomanie* : à de certaines périodes, il restait plusieurs heures à table, consommant des quantités prodigieuses de nourriture. Quand la fatigue se faisait sentir, il se levait de table, allait aux cabinets se faire vomir en s'introduisant les doigts au fond de la gorge, puis, se remettait à manger. Contrairement à la malade de Magnan, il n'était nullement malheureux ni honteux de son état ; loin de là, il se vantait de sa puissance gastrique, il en faisait parade. Mort à seize ans.

G. Ballet, récemment, à propos d'un fait de cet ordre, a émis l'opinion que certains cas au moins de sitiomanie intermittente doivent être distraits du groupe des obsessions impulsives proprement dites et considérés comme une modalité de la mélancolie périodique[2].

[1] *Archiv. de Neurol.*, juillet 1885.

[2] G. Ballet. *Soc. de Neurologie* in *Revue Neurologique*, 15 juillet 1900.

c. *Kleptomanie*[1] (*Klopémanie*, de Mathey (de Genève). — La *kleptomanie* ou *impulsion au vol* a été niée ou tout au moins contestée par quelques auteurs, et non des moins autorisés. « Je n'ai pas eu lieu d'observer, dit Morel, la tendance au vol ou ce que l'on est convenu d'appeler la kleptomanie. Je ne veux pas dire cependant que cette tendance n'existe pas[2]. » Lasègue dit également : « J'en suis encore, malgré ma longue expérience, à voir un voleur emporté par le besoin délirant du vol[3] ». Cependant, si les nombreux faits réunis par Marc, par Gall, par Lavater, par Trélat, sous le nom de *kleptomanie*, ne sont pas tous démonstratifs, quelques-uns d'entre eux appartiennent incontestablement à cette forme impulsive ; les faits étudiés depuis par Foville, Linas, Legrand du Saulle, Magnan, Saury, Legrain, etc., établissent nettement son existence.

La *kleptomanie* comme la *dipsomanie*, comme l'impulsion suicide ou homicide, est constituée par une *obsession consciente*, avec *impulsion* plus ou moins irrésistible, donnant lieu à une résistance, à une lutte d'intensité variable. Elle apparaît par *accès* irrégulièrement *intermittents*.

Ce qui montre bien qu'il s'agit d'une tendance instinctive, irrésistible, c'est que, dans la plupart des cas, les vols sont dépourvus de tout mobile raisonnable. Les malades sont souvent riches, de bonne famille, d'habitudes morales tout à fait correctes par ailleurs. En outre, les objets dérobés n'ont ni valeur ni utilité ; après qu'ils s'en sont emparés, les malades les entassent dans un coin et ne s'en occupent plus. « L'acte délictueux étonne, dit Lasègue, parce qu'il n'a ni aboutissant ni précédent. » Marc (*loc. cit.*, t. II) rapporte l'histoire d'une jeune fille riche, noble, d'un bon caractère, d'un esprit sain, qui s'emparait de tout ce qui lui tombait sous la main. Elle avait ainsi mis en réserve une quantité de mouchoirs, de dés, de fichus, de bas, de gants, etc. Voici un exemple, plus démonstratif encore, emprunté au même auteur : un employé du gouvernement, à Vienne, ne volait que des ustensiles de ménage, qu'il ne vendait pas, dont il ne faisait aucun usage, et qu'il se contentait d'entasser dans deux chambres qu'il avait louées à cet effet. Une femme s'empare brusquement, aux magasins du Louvre, de pièces de soie ; puis elle sort et va jeter dans un passage les objets volés[4] ; etc., etc.

Sous cette forme caractérisée de « paroxysmes débutant par un tremblement accompagné d'une extrême anxiété qui ne se calme qu'après la satisfaction du vif désir » (Marc, *loc. cit.*), la vraie *kteptomanie* est peu fréquente (Magnan). On observe plus souvent des effets atténués, dans lesquels « l'accomplissement de l'acte délictueux s'explique moins par la puissance de l'incitation que par l'insuffisance de la résistance à un entraînement de moyenne intensité » (Lasègue, *loc. cit.*). La *kleptomanie* prend alors les carac-

[1] Marc. *De la folie*, etc., t. II. — Trélat. *La folie lucide* (Kleptomanes), 1861. — Linas. Art. *Monomanie* du Dict. encyclop., 1875. — Magnan, Saury, Legrain, *loc. cit.*

[2] Morel. *Annal. méd.-psych.*, 1866, p. 106 et suiv.

[3] Lasègue. *Vol aux étalages*, Arch. génér. de méd. 1880.

[4] Boissier et Lachaux. *Contribut. à l'étude cliniq. de la Kleptomanie*, Annal. méd.-psych., janvier 1894.

tères d'une propension presque permanente (Marc) correspondant à ce que le langage ordinaire appelle la *manie du vol*. C'est ainsi que Victor-Amédée, roi de Sardaigne, dérobait partout des objets de peu d'importance. Lavater, cité par Marc, parle d'un médecin qui ne sortait pas de la chambre d'un malade sans lui dérober quelque objet, et qui ensuite n'y pensait plus. Le soir, sa femme visitait ses poches et en retirait des clefs, des ciseaux, des dés à coudre, des cuillers, des boucles, des étuis, etc., qu'elle rendait aux propriétaires. Magnan[1] rapporte aussi le cas d'un médecin qui, pendant ses visites, ne peut s'empêcher de soustraire la montre du client suspendue au chevet du lit ou placée sur la table de nuit. Chez les sujets de cette catégorie, peuvent survenir de temps à autre des accès anxieux, avec impulsion vraiment irrésistible.

Quelles que soient la forme et l'intensité de la tendance au vol, cette tendance peut s'étendre à tous les objets indifféremment, ou, par une sélection systématique, être spécialisée à des objets d'une certaine catégorie. Après le médecin qui volait uniquement des montres, nous citerons le magistrat, dont parle également Magnan, qui « s'approprie les couverts soit du restaurant, soit de la maison où il dîne ». Boissier et Lachaux ont publié l'intéressante observation d'une kleptomane qui dérobait seulement des rubans[2].

Pris sur le fait, ces malades ne cherchent pas à dissimuler leurs larcins. Ils ont le sentiment de leur faute et de ses conséquences, la plupart en sont très humiliés et honteux ; quelques-uns cependant paraissent complètement indifférents au moment de leur arrestation (Lasègue) ; ils se contentent d'avouer leur vol, sans émotion apparente, mais aussi sans explication ni excuse.

La *kleptomanie* semble être plus fréquente chez la *femme*, et les accès sont souvent en rapport avec le moment des règles, avec la grossesse, l'allaitement. Si l'on a abusé, pour excuser des vols parfaitement punissables, des « envies de la grossesse », il n'est cependant pas niable que cet état favorise le développement des impulsions dont il s'agit ici. Les maladies débilitantes, les fatigues de tout genre paraissent aussi jouer le rôle de causes déterminantes.

Ces diverses causes occasionnelles agissent indirectement, en modifiant le fonctionnement normal du système nerveux.

Il est une autre cause, d'origine relativement récente, qui agit directement sur la tendance morbide, qu'elle excite jusqu'au paroxysme irrésistible. Nous voulons parler de ces *étalages des grands magasins* qui, par l'amoncellement des soieries et des velours, des étoffes chatoyantes, des dentelles, des bibelots de toute sorte, irritent les convoitises féminines et constituent pour les prédisposées des tentations trop souvent insurmontables. L'attention a été particulièrement attirée sur ces faits si nombreux par Lasègue et Legrand du Saulle[3].

[1] *L'obsession crimin. morbide*, Congrès de Bruxelles, 1892.

[2] *Annal. méd.-psych.*, 1894.

[3] Lasègue. *Vol aux étalages*, Archiv. génér. de méd., 1880. — Legrand du Saulle. *Les vols dans les grands magasins*. Traité de méd. lég., 2e édit., 1886.

« S'il arrive, dit très justement Lasègue, que le milieu soit indifférent, parce que l'impulsion s'impose par sa violence, le plus souvent il a fallu une occasion propice pour exciter d'abord la tendance, et ensuite pour la faire passer à l'exécution. » C'est particulièrement dans les cas de ce genre que « l'insuffisance de la résistance explique la pensée de l'acte délictueux et son accomplissement » chez des femmes « dont le passé et le présent sont irréprochables, dont les besoins et les fantaisies n'excèdent pas les ressources » (Lasègue, *loc. cit.*).

Depuis quelques années, avec le développement des grands magasins, cette question a pris une importance considérable en médecine légale.

Ajoutons, sans y insister, que l'impulsion au vol est toujours le résultat d'une prédisposition qui, souvent, s'accuse par d'autres symptômes de déséquilibration nerveuse : nervosisme plus ou moins accentué, hystérie, obsessions diverses, phobies, etc.

De même le vol s'observe dans une foule d'affections mentales : chez les débiles, les faibles d'esprit, les paralytiques généraux, les ramollis, etc. Mais les conditions de l'acte sont alors très différentes de celles qui caractérisent l'impulsion obsédante étudiée ici. Ce diagnostic différentiel est surtout du ressort de la médecine légale.

d. *Pyromanie*[1]. — La *pyromanie* est caractérisée par l'idée obsédante du feu, finissant par déterminer une véritable impulsion à l'incendie ; l'impulsion s'accompagne des caractères que nous connaissons bien : résistance plus ou moins énergique avec angoisse, soulagement consécutif à l'accomplissement de l'acte.

L'obsession impulsive est, comme toujours, intermittente ; elle reparaît à intervalles très variables, par accès précédés de modifications du caractère (tristesse, taciturnité, etc.), et accompagnés de maux de tête, de palpitations, d'étouffements, de faiblesse générale.

L'existence de la *pyromanie* a été contestée par Morel, plus vivement encore que celle de la *kleptomanie* : « J'ai vu, dit ce grand observateur, des actes incendiaires commis par des imbéciles, des idiots, des hystériques, des épileptiques et constituant soit des faits d'imitation, soit des actes de vengeance, soit encore certaines manifestations maladives dont les individus n'avaient pas mémoire, comme cela arrive aux épileptiques. Mais quant à ce qui est de la pyromanie proprement dite, j'affirme n'en avoir rencontré aucun cas, ni même m'en faire une idée[2]. »

Lasègue fait également des réserves, pour la tendance irrésistible à l'incendie comme pour l'entraînement insurmontable au vol : « Il faut bien en rabattre, dit-il, de la croyance aux passions invincibles, vertigineuses ou fiévreuses que subiraient les malades et qui commanderaient leurs actes[3] ».

[1] Marc. *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*, 1840, t. II.
[2] Morel. *Annal. méd.-psych.*, 1866, p. 106 et suiv.
[3] Lasègue. *Vol aux étalages*, 1880.

Il n'est pas douteux qu'on ait fait entrer dans le cadre de la pyromanie des faits d'un ordre tout différent, qu'on n'ait pas toujours su distinguer les mauvais instincts de l'impulsion vraie. « Le plus souvent, ainsi que l'observe Magnan, les incendies sont allumés par des imbéciles ou des semi-imbéciles qui obéissent, sans grande lutte, à des perversions instinctives ou à des sentiments de haine ou de vengeance[1]. » Mais si les cas d'impulsion à l'incendie, avec lutte anxieuse, sont rares, leur existence n'en paraît pas moins certaine. A la satisfaction qui suit l'acte, et qui n'est que la détente nerveuse consécutive à toutes les manifestations impulsives, s'ajoute ici une jouissance spéciale, produite par la vue des flammes, et parfois très vive ; cette sensation, anciennement observée, ne peut, quand elle existe, qu'augmenter l'énergie de l'impulsion.

Henke (1817), cité par Marc (*loc. cit.*), raconte que la servante d'un paysan, âgée de dix-sept ans, fut prise tout à coup, en revenant de la danse, d'une propension incendiaire. Elle déclara avoir éprouvé une grande anxiété, dont elle n'a pu se délivrer que le troisième jour, en satisfaisant son envie. Elle éprouva, en voyant le feu éclater, une joie telle qu'elle n'en avait jamais ressenti de pareille. « Beaucoup de crimes, dit un auteur du commencement du siècle[2], tirent leur source d'une affection particulière du cerveau, et il est bien prouvé que la disposition à incendier peut résulter d'une semblable affection, surtout pendant le développement de la puberté chez les deux sexes; disposition analogue à celle des crétins qui aiment à jouer avec le feu, ou à celle de certains chiens ou chats qui, sans détourner la vue, regardent, pendant des heures entières, le brasier ardent d'un foyer de cheminée ou d'un poêle. »

On trouve dans l'ouvrage de Marc[3] les deux faits suivants, qui montrent l'impulsion à différents degrés d'intensité ; faible, ou du moins faiblement indiquée dans le premier, elle apparaît vaiment invincible dans le second.

I. Jane Wals, jolie petite fille de treize ans, met le feu à la maison de ses maîtres, et elle vient annoncer elle-même que la maison brûle. Interrogée, la petite fille avoue que c'est elle qui a mis le feu, « pour s'amuser et pour voir ce que cela deviendrait ». Elle reconnaît n'avoir aucun sujet de plainte contre ses maîtres, qui la traitaient fort bien : « Je ne croyais pas faire de mal... ; j'étais curieuse de voir l'effet de la flamme ; je supposais que cela devait être plus beau que du charbon de terre ou un fagot allumé dans la cheminée ».

II. Une jeune fille de dix-sept ans, servante chez un paysan, allume deux incendies. Elle affirme n'avoir jamais éprouvé de contrariété de la part de ses maîtres, n'avoir jamais eu de dispute avec eux, mais avoir agi seulement par une impulsion partant d'*une voix intérieure*, dont elle avait été continuellement poursuivie, qui lui avait ordonné d'incendier et de se détruire ensuite ; qu'après avoir incendié une premiére fois, elle avait regardé, avec calme et plaisir, l'incendie éclater ; que la seconde fois, elle s'était empressée de

[1] Magnan. *L'obsession crim. morb.*, 1892. *Recherches sur les centres nerveux*, 1893.
[2] Ossiander. *Traité du suicide*, Hanovre, 1813.
[3] *De la folie* etc., t. II.

donner elle-même l'alarme, et qu'immédiatement après, elle avait essayé de se pendre. »

Parmi les cas de *pyromanie* que rapporte Magnan, nous résumerons le suivant : Un homme de cinquante-cinq ans, ayant eu déjà diverses obsessions (vol, suicide, homicide), est obsédé par l'idée de mettre le feu. Un jour, sans nul motif, il saisit un chandelier, et, malgré tous ses efforts pour résister, il approche la flamme de plusieurs pièces de linge suspendues dans la chambre et provoque ainsi un commencement d'incendie. La vue des flammes amène une détente, et aussitôt il s'empresse d'aider à éteindre le feu (Magnan, *loc. cit.*).

Les auteurs ont souvent relevé cette circonstance, à savoir que *les pyromanes s'emploient avec zèle à éteindre l'incendie allumé par eux,* soit que, l'impulsion satisfaite, ils regrettent les conséquences de leur acte, soit qu'ils cherchent à détourner les soupçons. Cette dernière constatation ne va nullement à l'encontre de la réalité d'un entraînement irrésistible. Elle est simplement en rapport avec ce que nous savons de l'état de conscience des malades. L'acte commis, l'accès impulsif dissipé, les sujets se ressaisissent, apprécient le danger qu'ils courent et cherchent à l'éviter. On observe parfois des dispositions analogues chez les impulsifs homicides et kleptomanes. Mais ces précautions sont plus fréquentes chez les incendiaires, ordinairement rusés, dissimulés, menteurs, et dont l'état moral contraste avec la franchise habituelle aux autres impulsifs.

Marandon de Montyel, dans une intéressante étude médico-légale, a particulièrement insisté sur ce point[1]. Les principaux éléments de diagnostic de la *pyromanie,* indiqués par Marandon de Montyel, sont relatifs les uns aux *actes* incriminés, les autres aux *accusés*.

En ce qui concerne les actes, ordinairement les incendies sont multiples, car il est exceptionnel que l'incendiaire soit arrêté après son premier méfait ; ils sont, de plus, sans mobile appréciable ; ils sont particulièrement fréquents à la campagne, et ils se produisent surtout les dimanches et jours de fête, le soir, au sortir du cabaret ; ce dernier détail met en relief l'influence bien connue de l'appoint alcoolique sur la vivacité des impulsions ; enfin, les incendies s'opèrent toujours au moyen de matières facilement inflammables (granges, meules), qu'une allumette ou une simple braise suffisent à faire flamber.

En ce qui concerne les auteurs de ces incendies, ce sont presque toujours des paysans, qui, antérieurement, n'étaient pas considérés comme aliénés ; ils se font souvent remarquer par leur empressement à éteindre le feu ; ils font preuve de ruse et de préméditation au moment de l'acte, et d'une habileté parfois très grande pendant l'enquête ; fréquemment, ce sont des faibles d'esprit, des épileptiques, descendants d'épileptiques, d'imbéciles ou d'ivrognes.

Un dernier exemple de *pyromanie,* emprunté au mémoire de Marandon de Montyel, est tout à fait caractéristique : Alexandre K..., âgé de seize ans,

[1] Marandon de Montyel. *Diagnostic médico-légal de la pyromanie.* Archiv. de Neurol., 1887.

met deux fois le feu chez ses maîtres. Aucun motif capable d'expliquer ces actes : ses maîtres sont bons pour lui et K... n'éprouve à leur égard que des sentiments d'affection. Cinq jours avant son premier attentat, il avait vu un incendie dans le voisinage et en était resté fort impressionné. La veille et le jour du crime, tête lourde au réveil, obsession de mettre le feu. Il lutte et résiste un certain temps, puis il succombe : « Il se lève comme mû par un ressort, se rend dans sa chambre, allume le bout de bougie qui se trouvait près de son lit et se glisse furtivement dans la grange. Il essaya alors de résister, et laissa tomber la bougie qui ne s'éteignit pas dans la chute ; mais l'impulsion était telle, qu'en dépit de tous ses efforts de volonté, il dut se baisser, la ramasser et la placer au milieu du fourrage. Comme la veille, l'idée disparut alors tout à coup, et un grand soulagement se produisit. »

L'impulsion pyromaniaque a son maximum de fréquence vers l'âge de la *puberté*, avant la vingtième année, et chez les *garçons* ; en dépouillant les accusations d'incendie rapportées par la *Gazette des tribunaux*, de 1825 à 1832 inclusivement, Marc[1] a trouvé 26 incendiaires au-dessous de vingt ans, soit un peu plus de 20 sur 100. De ces 26, 9 sont du sexe féminin et *dix-sept* du *sexe masculin*. Les cas de Marandon de Montyel concernent presque uniquement des garçons.

En Allemagne, au contraire, le nombre de filles incendiaires dépasse de beaucoup celui des garçons. Marc explique cette divergence en avançant que « les affections nerveuses sont beaucoup plus fréquentes et surtout plus bizarres chez les Allemandes que chez les Françaises » (*loc. cit.*, p. 375).

Les maladies intercurrentes, les soucis, les chagrins, les émotions de toute nature favorisent le développement de l'état impulsif. Chez les femmes, les accès sont souvent en rapport avec le moment des règles.

e. *Obsession homicide.* — L'*impulsion homicide* (*monomanie impulsive homicide* des anciens auteurs, qui d'ailleurs y faisaient rentrer des cas tout à fait dissemblables) doit être soigneusement distinguée des actes homicides qui peuvent se rencontrer dans un grand nombre d'affections mentales. Le *persécuté*, sous l'influence de son système délirant ou d'une hallucination, tue celui qu'il considère comme son ennemi. L'*alcoolique* halluciné frappe souvent, soit pour se défendre d'un danger qui le terrifie, soit pour obéir à une hallucination impérative. Le *mélancolique* tue quelquefois les êtres qui lui sont le plus chers en vertu d'un raisonnement pathologique, pour les soustraire à la souffrance ou à la honte ; il tue encore pour se faire condamner à mort, n'ayant pas l'énergie de se suicider. L'*épileptique* frappe avec une aveugle fureur, sans aucun motif, et il ne conserve pas le souvenir de son acte, etc.

Le meurtrier impulsif que nous décrivons ici n'obéit ni à une idée délirante logique, ni à la crainte, ni à la fureur ; il conserve la conscience, au moins relative, et le souvenir précis de son acte, qu'il juge abominable et sans

[1] *Loc. cit.*, p. 373.

excuse. Il est entraîné par une obsession impulsive qu'il réprouve, contre laquelle il lutte par tous les moyens, et qui, trop souvent, subjugue la volonté et la force à l'action.

L'intensité de l'impulsion se rencontre à différents degrés chez les divers malades, et, par suite, la force de résistance qui doit lui être opposée est très inégale d'un cas à l'autre. Ces variations dans la lutte consciente et angoissante de la volonté contre l'obsession d'abord et l'impulsion ensuite s'observent dans tous les états obsédants. Mais c'est ordinairement dans l'impulsion homicide que la lutte atteint le plus haut degré d'énergie et d'intensité dramatique. Elle est si pénible qu'après l'exécution de l'acte, et quelque horreur qu'il en éprouve, le malade ressent le soulagement qui suit les actes impulsifs en général.

Tous les auteurs ont noté cette impression de bien-être qui contraste si étrangement avec la situation que l'acte homicide vient de créer à son auteur. « Alors même, dit Foville, que des conséquences légales très graves peuvent le menacer,... la satisfaction d'avoir assouvi le besoin impérieux qui le poussait l'emporte sur la crainte du châtiment[1]. » « L'obsédé homicide, dit excellemment Magnan, épouvanté par l'idée terrible qui le pousse à tuer, et souvent même la personne la plus chère, résiste, lutte en désespéré, et arrive à un tel degré d'angoisse douloureuse que l'acte, quelque horrible qu'il soit, est accompli avec une indomptable énergie et est suivi d'une bienfaisante détente[2]. »

L'obsession impulsive, ici comme dans tous les autres cas, est *intermittente* et se produit sous forme d'accès revenant à intervalles irréguliers.

Ainsi que l'avaient déjà signalé Esquirol et Marc, l'accès est presque toujours préparé par une *période d'incubation* et annoncé par de véritables *prodromes* : le malade est préoccupé, triste, irritable, il ne s'intéresse à rien, il devient indifférent pour les siens, il a de la peine à fixer son attention, à rassembler ses idées. A ces troubles de la cénesthésie s'ajoutent des symptômes physiques : insomnie, inappétence, et surtout céphalalgie frontale ou occipitale avec sentiment général d'angoisse et anxiété précordiale.

Bientôt, l'idée du meurtre apparaît dans la conscience. Le plus souvent, elle reste longtemps cachée, comme à l'état latent, et le malade peut réussir à l'éloigner pendant quelques heures ou même pendant quelques jours. Mais, rapidement, elle s'impose de plus en plus, elle se fait plus impérieuse, et la lutte angoissante ne cesse guère. Ce combat contre l'obsession peut durer des semaines, des mois et même des années. Assez souvent, défiants de leur énergie, sentant le besoin d'un secours étranger, les malades ont recours à tous les moyens qui peuvent les garantir de l'entraînement homicide. Ils avertissent leur entourage, ils éloignent tout ce qui pourrait devenir une arme entre leurs mains, ils demandent à être surveillés, etc. Un malade d'Esquirol lutte pendant plus de six mois contre l'idée de tuer sa mère ou sa sœur ; quand la

[1] A. Foville. *Folie instinct.*, Art. du Dict. de Jaccoud, 1872.
[2] Magnan. *L'obsession criminelle morbide*, Congrès de Bruxelles, 1892.

tentation est trop forte, il crie : « Ma mère, sauvez-vous, je vais vous égorger! » Glenadel, dont l'histoire, rapportée par Baillarger[1], a donné lieu à tant de discussions, lutta victorieusement contre l'affreuse impulsion pendant vingt-six ans.

Dès l'âge de seize à dix-sept ans, Glenadel est poursuivi par l'idée de tuer sa mère qu'il aimait tendrement. L'obsession redouble d'intensité vers l'âge de dix-sept ans : « C'est une idée malheureuse que j'avais, et je sentais que je la mettrais à exécution. » Après six ou sept ans de lutte, sentant qu'il ne pourrait plus résister à l'horrible impulsion, il s'engage comme remplaçant. Son idée fixe le suit partout, et il est plusieurs fois sur le point de déserter pour aller tuer sa mère. Il revient après quatre ans d'absence, « sa funeste idée rentre avec lui à la maison paternelle ». Nouvelle lutte de quatre ans. Il retourne à l'armée, mais l'obsession ne l'abandonne pas. Il se disait sans cesse : « Aller tuer ta mère qui a eu tant de soin de ton enfance, qui t'aime tant, malgré la funeste idée que tu nourris contre elle? Non, je ne le ferai pas. *Mais il faut pourtant bien que tu tues quelqu'un !* » Et c'est alors que lui vint l'idée de tuer sa belle-sœur. On lui apprend par erreur que sa belle-sœur est morte. Il revient chez lui, se retrouve en présence de sa belle-sœur, et son idée reparaît avec toute sa violence. A certains moments, elle est si pressante que Glenadel se fait attacher à un meuble par le cou et par les poignets ; il demande à ce qu'on se débarrasse d'un monstre tel que lui, il insiste pour être enfermé : « Cette résistance, dit-il, m'est plus pénible que la mort ; aussi je sens que je ne puis résister, et je vais tuer ma belle-sœur si je n'en suis empêché, et c'est sûr comme Dieu est Dieu. »

On l'interne, et il écrit au directeur de l'asile : « Je vais entrer dans votre maison. Je m'y conduirai comme au régiment. On me croira guéri; par moments, je pourrai feindre de l'être. Ne me croyez jamais, je ne dois plus sortir sous aucun prétexte. Quand je solliciterai mon élargissement, redoublez de surveillance; je n'userais de cette liberté que pour commettre un crime qui me fait horreur. »

Marc (*loc. cit.*) parle d'une jeune bonne, attachée à la famille de Humboldt, et qui éprouvait le besoin presque irrésistible d'éventrer l'enfant qui lui était confié. L'impulsion était particulièrement violente, toutes les fois qu'elle déshabillait l'enfant et qu'elle était frappée de la blancheur de ses chairs : « Terrifiée par la crainte de succomber à l'impulsion, elle se jette aux genoux de sa maîtresse et implore la permission de quitter la maison ». Une dame, citée par Magnan, « était poursuivie par l'idée obsédante de crever avec des ciseaux les yeux de ses enfants; elle appelait quelqu'un lorsque, étant seule avec ses enfants, elle apercevait des ciseaux » (*loc. cit.*). Dans certains cas, il suffit de bien peu de chose pour suspendre momentanément ou détourner l'impulsion. On trouve dans Marc l'histoire d'un chimiste qui arrêtait son impulsion homicide en se faisant lier les deux pouces avec un ruban : ce frêle lien lui était une protection toujours efficace.

[1] Observat. communiquée à Baillarger par Gratiolet. *Annal. méd.-psych.*, 1846, t. VIII, p. 10.

Cette lutte, surtout lorsqu'elle se prolonge, est un tel supplice pour les malades qu'ils prennent souvent l'existence en dégoût; ils sont poursuivis par des idées de suicide et ils y cèdent quelquefois. Les souffrances qu'ils endurent sont atroces, et d'autant plus qu'ils n'osent pas toujours les faire connaître à leur famille.

Un malade écrit au Dr Manning pour lui exposer ses affreuses angoisses : il est torturé depuis dix-sept ans par l'idée obsédante du meurtre, depuis dix-sept ans il lutte contre des impulsions à l'homicide et au suicide. Couché la nuit près de son père, il voit un poignard et il est assailli par la tentation atroce de devenir parricide. Est-il en voyage, il est envahi du désir de sauter du wagon ou d'en précipiter ses compagnons de route. Il n'a jamais eu d'hallucinations. Cet aliéné est marié et doit cacher avec soin à sa femme et à ses enfants les angoisses qu'il endure. Il signe simplement sa lettre : *un homme qui souffre* [1].

Quelquefois, mais le cas est rare, l'idée fixe de tuer se manifeste d'une manière subite, sans prodromes, et l'accès aboutit à une prompte exécution, à un dénouement brusque. Dans ces cas, exceptionnels, répétons-le, l'idée s'accompagne d'une véritable décharge psycho-motrice, presque automatique, et le sujet n'a le temps ni de réfléchir, ni de lutter:

Dans les cas ordinaires, si le malade, après une lutte plus ou moins longue, succombe à l'impulsion, il tue sans passion, sans colère, sans haine, et il frappe tantôt un inconnu rencontré par hasard, tantôt une personne que son obsession lui désigne depuis longtemps, pour laquelle, souvent, il a des sentiments de vive affection.

L'acte commis, le malade ne cherche ni à l'expliquer ni à le justifier. Il sait que cet acte est détestable et répréhensible. Il ne cherche pas d'autre excuse que celle-ci : *il a été poussé par une force invincible*. Le sujet a donc la conscience de son propre état pathologique et de la qualification pénale de son acte. Mais c'est une erreur psychologique trop répandue que de considérer comme normal l'état de la conscience au moment de l'acte. Si la conscience n'est pas abolie, elle est toujours plus ou moins troublée. Les malades accusent des bourdonnements, des tintements d'oreilles, des éblouissements, du vertige, etc. Leurs explications sont toujours vagues et confuses : *ils ont été poussés par un je ne sais quoi, c'est la maladie qui les a entraînés*, etc. La fameuse Henriette Cornier tue une petite fille qu'elle aimait à caresser. Elle lui coupe la tête et la jette dans la rue. Puis, elle s'assied dans la chambre et ne bouge pas jusqu'à ce qu'on vienne l'arrêter. Interrogée, elle n'invoque aucun motif et se borne à dire : « C'est une idée qui m'a prise [2] ». Un jeune homme de seize ans, présentant un certain degré de faiblesse morale et intellectuelle, à développement mental incomplet et dysharmonique, empoisonne son père avec de l'arsenic, assomme son frère âgé de neuf ans, et tente d'empoisonner sa mère. Ces méfaits sont fortuitement découverts par la mère qui trouve, dans

[1] M. H. Manning. *Folie morale, cas de manie homicide*, Mental science, 1882. Anal. in *Annal. méd.-psych.*, 1885, p. 317.

[2] Marc. *De la folie*, etc., 1840, t. II.

une poche du coupable, une note dans laquelle il se demande *pourquoi* il lui faut commettre ces actes [1] ?

L'étude attentive des faits démontre que ces actes impulsifs si graves sont commis au cours d'une véritable crise mentale caractérisée principalement par un degré assez marqué d'obnubilation de la conscience et de confusion intellectuelle ; c'est une sorte de convulsion mentale, suivie d'une détente presque agréable et aussi, très souvent, d'un abattement, d'une prostration physique et morale qui se rapproche de la stupeur.

L'accès homicide impulsif se produit tantôt spontanément et tantôt sous l'influence de circonstances provocatrices. Ces dernières sont, par elles-mêmes, généralement insignifiantes. Assez souvent, c'est la lecture de faits analogues, agissant par une sorte de suggestion contagieuse [2].

Toutes les causes de dépression morale ou physique favorisent le retour des accès : chagrins, émotions répétées, maladies déprimantes ; chez les femmes, l'époque menstruelle a une action du même genre. Henriette Cornier, dont nous avons déjà parlé, commit son crime au moment de ses règles. Mais la banalité même de ces influences prouve l'existence préalable de dispositions spéciales, le plus souvent héréditaires.

La réalité, la nécessité de ces prédispositions est fréquemment démontrée d'une façon saisissante par l'*âge* auquel apparaît l'impulsion. Il n'est pas rare de l'observer dans la première enfance. Esquirol parle de deux petites filles poussées au meurtre à l'âge de cinq ans et de onze ans ; celle de cinq ans frappait sa mère à coups de pied, à coups de poing, avec des ciseaux, avec des couteaux, en disant : Je voudrais vous tuer ! Le malade Glenadel, dont nous avons résumé l'histoire, se sentait poussé, à six ans, à tuer sa mère. Parent-Duchâtelet, cité par Marc (*loc. cit.*), a observé des impulsions homicides caractérisées chez une fillette de huit ans [3], etc. Dans ces faits si troublants, qu'il serait facile de multiplier, on ne peut invoquer ni des influences pernicieuses, ni une éducation mal dirigée ; la tendance préexiste à l'éducation et à l'exemple, elle est congénitale, et, le plus souvent, elle trouve son explication dans l'hérédité morbide.

f. *Obsession suicide.* — Le suicide s'observe dans les conditions les plus diverses, soit sous l'influence d'un état morbide caractérisé, et alors tout le monde est d'accord sur la nature pathologique de l'acte, soit sous la pression de convictions raisonnées (désir d'échapper au déshonneur ou à la souffrance, le plus souvent), et, dans ce cas, certains pensent que le suicide n'est pas nécessairement la preuve d'un trouble mental, même momentané.

Parmi les affections qui déterminent fréquemment le suicide, la mélan-

[1] Tamburini e Seppili. *Rivista speriment. di freniat. e medicina leg.*, 1882, Anal. in *méd.-psych.*, 1884, p. 515.

[2] Esquirol, Marc. *Monomanie par imitation*. P. Aubry. *La contagion du meurtre*, 1887.

[3] Voir aussi, G. Carrier. *Contribution à l'étude des obsessions et des impulsions à l'homicide et au suicide*, th. Paris, 1899.

colie et l'alcoolisme se placent en première ligne. On le rencontre assez souvent aussi chez les épileptiques, mais ici, au lieu d'être, comme dans les cas précédents, voulu et préparé avec une énergie et une patience surprenantes, le suicide est accompli avec une sorte de fureur aveugle et presque inconsciente. Les hystériques se suicident parfois, ils font tout au moins de fréquentes tentatives, ordinairement annoncées et préparées de manière à attirer l'attention. Aussi, est-on en droit de penser que, dans bien des cas, le suicide effectif n'est, chez ces malades, qu'une erreur : ils réussissent mieux qu'ils ne l'avaient supposé. Le suicide a été encore noté, mais beaucoup plus rarement, dans le délire de persécution et dans la paralysie générale.

Nous ne parlerons pas ici de ces faits de nature si diverse. Nous n'avons à nous occuper que du suicide considéré comme une *manifestation obsédante* ou impulsive, au même titre que la *dipsomanie* ou la *kleptomanie*, ou que l'impulsion homicide. Nous n'aurons d'ailleurs que peu de chose à en dires les caractères généraux du suicide étant identiques à ceux des autres obsession, et impulsions.

Chez ces malades à système nerveux primitivement défectueux, l'idée du suicide apparaît ordinairement en rapport avec des circonstances qui ne suffisent pas à l'expliquer. Par exemple, un dégustateur, dont parle Marc, tente de se noyer, parce qu'il s'est trompé sur la qualité d'un vin. On sauve ce nouveau Vatel, mais il réussit à se tuer quelques années après : il y avait chez lui disposition héréditaire, car son père et son frère en avaient fait autant. Souvent même, le suicide n'est déterminé par aucun motif extérieur appréciable. L'idée se présente à l'esprit du malade, s'impose à lui sous la forme d'une obsession, et, après une lutte plus ou moins longue, plus ou moins énergique, le malade succombe. Généralement, en effet, le malade ne cède pas du premier coup à la sollicitation morbide, sa résistance ne s'épuise qu'à la longue. Dans certains cas, cependant, l'idée du suicide prend d'emblée un caractère impulsif et l'exécution suit l'idée de très près. C'est le *suicide automatique* de certains auteurs. En voici un exemple concluant, emprunté à Marc (*loc.cit.*, t, I, p. 252) : une femme assise devant sa porte, occupée à coudre et très gaie, se lève tout à coup en s'écriant : *Il faut que je me noie!* et va se jeter dans la rivière. Retirée à temps, elle n'a jamais pu donner de raison de son acte autre qu'une impulsion invincible et qu'elle ne peut s'expliquer. Mais les faits de ce genre sont exceptionnels.

Nous ne dirons rien des moyens qu'emploient les malades pour en finir avec l'existence, c'est un point qui ressortit à une étude générale sur le suicide, et il n'offre rien de particulier pour notre sujet. Nous nous bornerons à indiquer, avec quelques exemples à l'appui, les conditions les plus importantes dans lesquelles peut se produire le suicide.

Une de ces conditions domine toutes les autres, c'est l'*hérédité*. On la rencontre ici avec une fréquence plus grande encore que dans les diverses manifestations pathologiques étudiées dans ce chapitre. Son influence a été mise en relief par tous les observateurs, et cela depuis bien longtemps. « Voltaire, disent Ritti et Moreau (de Tours) (Art. des Diction.), est un des premiers qui

aient attiré l'attention sur ce point. A l'article Caton de son *Dictionnaire philosophique,* il en cite un exemple curieux. » Le fait rapporté par Voltaire est relatif à un homme d'une profession sérieuse, d'un âge mûr, d'une conduite régulière, sans passions, au-dessus de l'indigence, qui se tue sans aucun motif appréciable : son père et son frère s'étaient tués au même âge que lui.

Non seulement le suicide est héréditaire d'une manière générale, et à travers plusieurs générations, mais l'*âge* auquel il se produit et les *moyens d'exécution* sont souvent identiques dans ces suicides héréditaires. Les exemples abondent dans les traités spéciaux. Ritti en a réuni un grand nombre dans son article cité. Dans une famille observée par Gall, « l'aïeul, le grand-père et le père se sont suicidés ». Dans une autre famille, « la grand'mère, sa sœur, la mère ont mis elles-mêmes fin à leurs jours. La fille de la dernière a été sur le point de se précipiter par la croisée, le fils s'est pendu. » Baillarger (notes à la traduction française du *Traité des maladies mentales de Griesinger,* p. 303) a connu une famille dans laquelle le suicide sévit depuis un siècle; cinq ou six personnes y ont succombé. Falret père rapporte l'histoire de quatre frères qui se suicident à quelques années de distance ; un de leurs cousins se jette dans la rivière pour une cause futile. Mabille a observé trois sœurs qui, à un an d'intervalle, *se noient au même endroit*[1]. Nous avons eu, à Vanves, un malade, fils de suicidé, qui nous fut amené à la suite de plusieurs tentatives. Sa femme exigea sa sortie au bout de quelques semaines, et, rentré chez lui, le malade se tuait. Son frère, chez qui on n'avait jamais soupçonné le moindre dérangement d'esprit, parut un peu étrange le jour de l'enterrement; il se tuait deux jours après.

Esquirol, Marc, Lucas, Lisle, ont publié des cas démonstratifs de suicide accompli au même âge, dans la même famille. On trouve dans Cazauvielh (*Du suicide et de l'aliénation mentale*, Paris, 1840) des faits assez nombreux de suicide exécutés par des procédés identiques, notamment celui d'un individu qui se *pend* en 1817; son aieule s'était *pendue* en 1802, sa sœur se *pend* en 1821.

L'*imitation* joue un rôle incontestable dans certains cas de suicide. « Étrange passion que celle du suicide, écrivait Prosper Lucas, en 1833. Elle est contagieuse, elle est même épidémique, elle est une des plus esclaves de la loi d'imitation. » On a observé, en effet, de véritables épidémies de suicide dans lesquelles l'imitation paraît avoir une influence aussi marquée que l'hérédité dans les cas cités plus haut[2]. La plupart des auteurs qui ont traité du suicide rapportent l'histoire des 13 invalides qui, en peu de temps, se pendirent au même endroit, dans un passage obscur de l'Hôtel des Invalides. De même, on connaît bien l'histoire de ces soldats de la grande armée qui se suicident, au camp de Boulogne, dans une guérite où un factionnaire s'était brûlé la cervelle. Pour arrêter l'épidémie, l'Empereur fit brûler la guérite et flétrit le suicide en l'assimilant à la désertion devant l'ennemi.

[1] Mabille. *Annal. méd.-psych.*, 1891.

[2] Lucas. *De l'imitation contagieuse,* etc., 1833. — Marc. *Loc. cit. De la monomanie transmise par imitation,* t. II.

Dans son article très documenté, Ritti rappelle « qu'en 1763 on eut, dans la ville de Versailles, l'horrible spectacle de 1.300 suicides ». En 1806 (*idem*), on observa à Rouen, pendant les mois de juin et de juillet, plus de 60 suicides.

Certains suicides retentissants, auxquels les journaux consacrent une déplorable publicité, sont parfois le point de départ d'épidémies de ce genre.

L'obsession suicide peut encore être déterminée par *suggestion* directe, par l'influence d'un sujet décidé à mourir, mais ne voulant pas mourir seul, sur un autre sujet qu'il veut entraîner avec lui dans la mort ; ce sont les cas de *suicide à deux*, comparable à la folie à deux[1]. On peut ranger dans la même catégorie un certain nombre de *suicides collectifs*, ceux dans lesquels chacun des suicidés avait la pleine conscience de son acte. Récemment, les journaux ont raconté les deux faits suivants : Deux jeunes femmes de mœurs légères se réunissent à dîner chez l'une d'elles. Le dîner est très gai, et, à la fin du repas, elles se tuent. Le second fait concerne quatre jeunes femmes qui, encore après un joyeux dîner, allument un réchaud et s'asphyxient. Enfin, on connaît l'existence de ce *club des suicidés* qui existait à Berlin et dont tous les membres s'engageaient à se donner la mort volontairement.

Mais l'instinct d'imitation pur et simple, de même que la suggestion directe ou indirecte, ou encore la vanité, le goût de la parade, le désir d'attirer sur soi l'attention publique, ne peuvent, à eux seuls, suffire à expliquer un acte aussi grave que le suicide. Ces diverses influences, banales en définitive, ne peuvent être efficaces que sur des sujets éminemment prédisposés. C'est ce que Morel a fort bien mis en lumière, pour le suicide comme pour les actes impulsifs de quelque nature qu'ils soient. « J'ai dirigé d'une manière constante mes investigations vers la pathogénie de ces états particuliers de l'intelligence qui se révèlent par des tendances insurmontables à des actes terribles dans leurs conséquences : tels que l'homicide, le suicide, l'incendie... J'ai toujours remarqué que l'imitation, si puissante que soit son influence, et que l'impression causée par le récit ou la lecture d'un crime exceptionnel, ne suffisaient pas pour provoquer des actes similaires chez des individus qui auraient été *parfaitement sains d'esprit*. Le tort des auteurs est d'avoir trop séparé l'acte maladif des dispositions antérieures pathologiques ou morales de ceux qui ont exécuté cet acte... J'ai le plus ordinairement découvert chez ces individus des dispositions névropathiques spéciales[2]... »

Depuis les travaux de Morel, de J. Falret, de Magnan, tous les auteurs considèrent comme nécessaire, pour expliquer ces faits de contagion ou d'imitation, l'existence de prédispositions morbides, le plus souvent héréditaires.

Ces prédispositions se rencontrent à plus forte raison dans le plus grand nombre de *suicides d'enfants*. On sait que le fait est, malheureusement, loin d'être rare. Le plus souvent, c'est pour un motif d'importance minime que les enfants se suicident, qu'il s'agisse d'une correction infligée

[1] Chpolianski. *Des analogies entre la folie à deux et le suicide à deux*, th. Paris, 1885.
[2] Morel. *Traité des maladies mentales*, 1860, p. 243.

par les parents, d'une punition en classe, de l'humiliation provenant d'un devoir mal fait, etc.. Ces causes sont évidemment trop banales pour expliquer le suicide ; elles supposent nécessairement l'existence préalable d'une profonde déséquilibration nerveuse, qui, d'ailleurs, le plus souvent, s'était antérieurement révélée chez ces enfants par des manifestations d'une autre nature.

Bibliographie. — Suicide. J. Falret. *De l'hypocondrie et du suicide*, Paris, 1822. — Gall. *Sur les fonctions du cerveau et de chacune de ses parties*, Paris, 1825. — P. Lucas. *De l'imitation contagieuse ou de la propagation sympathique des névroses et des monomanies*, th. Paris, 1833. — Cazauvielh. *Du suicide. de l'aliénation mentale et des crimes contre les personnes*, Paris, 1840. — Marc. *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*, 1840. — Etoc-Demazy. *Recherches statistiques sur le suicide*, Paris, 1844. — Brierre de Boismont. *Du suicide et de la folie suicide*, Paris, 1856. — Moreau (de Tours) *La psychologie morbide*, Paris, 1859. — Morel *Traité des maladies mentales*, Paris, 1860. — Legrand du Saulle. *La folie devant les tribunaux*, Paris 1864. — P. Moreau de Tours. *De la contagion du suicide à propos de l'épidémie actuelle*, Th. Paris, 1875. Art. *Suicide* du Nouveau Dict. de méd. et de chirurg. pratiques, 1883. — Mesnier. *Du suicide dans l'armée*, Th. Lyon, 1881. — Legoyt. *Le suicide ancien et moderne*, Paris, 1881. — A. Ritti. Art. *Suicide* du Dict. encyclop. des sciences médic., 1884. — Magnan. *Étude clinique sur les impulsions et les actes des aliénés*, Tribune méd., mars 1881, et *Recherches sur les centres nerveux*, Paris, 1893.

g. *Onomatomanie.* — L'*onomatomanie* ou obsession par le mot se rencontre assez fréquemment chez les sujets déséquilibrés, et, comme tous les états analogues, elle est tantôt isolée et tantôt associée à différents troubles psychopathiques : mélancolie, idées hypocondriaques, perversions sexuelles, délire alcoolique, doute, autres obsessions et impulsions, etc. Nous n'examinons ici que l'onomatomanie considérée en elle-même, comme syndrome particulier.

Ce syndrome se présente sous plusieurs aspects, à un degré de complication variable. A ce point de vue, Charcot et Magnan[1] distinguent *cinq* situations différentes : 1° C'est d'abord la simple obsession, la recherche angoissante *du mot qui échappe à la mémoire*. 2° Dans un deuxième cas, c'est, au contraire, un mot qui s'impose à l'esprit, et, à l'obsession, s'ajoute l'impulsion irrésistible à répéter le mot. 3° L'obsession se complique d'une idée de finalité, le malade attachant une signification particulière et funeste à certains mots, soit qu'il les prononce lui-même, soit qu'il les entende au cours d'une conversation. 4° C'est la situation inverse de la précédente, les mots ayant ici une influence préservatrice. 5° Enfin, le mot peut devenir « pour le patient un véritable corps solide indûment avalé, pesant sur l'estomac et pouvant être rejeté par des efforts d'expuition et le crachement ».

Quelle que soit la variété d'*onomatomanie* observée, la physionomie géné-

[1] *De l'onomatomanie*, Archiv. de neurol., septembre 1885. — Voir aussi Saury et Legrain (*loc. cit.*).

rale et la marche du syndrome restent les mêmes : le malade est absorbé, accaparé par l'obsession, en proie à une anxiété qui peut aller jusqu'à la syncope ; puis, il est subitement soulagé dès que le mot obsédant a été retrouvé, ou prononcé, ou conjuré par une formule spéciale.

Mais chaque variété se distingue par les actes particuliers qu'elle détermine. C'est ainsi que l'onomatomane de la première catégorie, à la poursuite d'un mot qui le fuit, se munit fréquemment d'un *carnet* ou d'une *feuille de papier* portant les mots dont la recherche est obsédante. Par ce moyen, semblable au procédé qu'emploient certains aphasiques, le sujet arrive à diminuer la durée et l'intensité de l'accès. Mais le nombre des mots qui lui échappent est quelquefois tel, qu'un carnet ou une feuille ne sauraient suffire : un malade, cité par Legrain (*loc. cit.*), en était arrivé à ne sortir qu'avec un *Bottin* sous le bras.

Dans la deuxième variété, caractérisée par l'impulsion irrésistible à répéter le mot qui s'impose, ce mot est ordinairement grossier, ordurier et souvent injurieux pour l'interlocuteur; par exemple : *chameau*, *vache*, *salope*, etc. ; le mot de Cambronne est extrêmement fréquent. Nous retrouverons plus loin ce symptôme, désigné du nom de *Coprolalie*.

Dans le cas de signification funeste attachée à certains mots (3e catégorie), les malades éprouvent pendant la conversation un profond malaise, par la crainte incessante de prononcer ou d'entendre le mot fatal ; ils sont aussi très gênés par le soin qu'ils doivent prendre de l'éviter et qui les oblige à des circonlocutions, à des tournures bizarres, etc. Certains de ces onomatomanes étendent leurs appréhensions plus loin encore ; ils s'imaginent que l'influence néfaste du mot peut se transmettre aux actes et aux objets ; alors, pour mettre fin à leur anxiété, ils se condamnent à recommencer les actes qui ont accompagné l'émission du mot, ils vont jusqu'à se débarrasser des vêtements qu'ils portaient à ce moment, etc.

Les onomatomanes de la quatrième catégorie éprouvent le besoin impérieux d'employer, à certains moments, des mots ou des formules ayant pour eux une vertu préservatrice. Ces mots et ces formules sont très variables. Charcot et Magnan citent comme exemples les mots : *ours, serpent, M. Nicolas. M. Gaquet,* les phrases : « *Bonne sainte, protégez-moi !* » « *Jésus souffrant, agonisant, expirant!* Quelquefois, c'est une formule bizarre, sans aucune signification appréciable : « *Étoile 13, bière, linceul, tombeau* », etc. Une malade, en mettant ses bas, devait répéter « *pieds divins* », en se coiffant « *tête couronnée d'épines* ». Une autre éprouvait le besoin irrésistible de dire dans certaines circonstances « *Non, je n'obéirai pas au diable,* » etc.

Les deux dernières variétés se rencontrent parfois chez le même malade. Il oppose alors aux mots néfastes des mots préservateurs. Nous empruntons aux mêmes auteurs le mot « *utile* » immédiatement opposé au mot « *nuisible* », « *bleu* » à « *noir* », « *bonheur* » à « *malheur* », au chiffre *13* le chiffre *14* ou la formule « *que Dieu soit treize* », etc. Un jeune homme, dont parle le professeur Ball (*Leçons sur les maladies mentales*), attribue au chiffre 13 une influence fatale ; il ne peut s'empêcher « de formuler à chaque instant dans

son esprit une oraison jaculatoire : Dieu 13 ! l'Infini 13 ! l'Éternité 13 ! »

La recherche angoissante du mot peut être provoquée par un dessin, par une image rappelant le mot : le malade ne retrouvant pas ce mot tout de suite, l'anxiété apparaît et ne cesse que lorsque le mot a été rappelé. Un malade de G. Ballet ressentait un violent malaise chaque fois qu'il entendait ou lisait un terme technique ou scientifique dont il ignorait le sens : aussitôt son attention, vivement sollicitée, provoquait des efforts intellectuels très pénibles, et, si l'incertitude sur le sens du mot se prolongeait, l'angoisse entraînait une perte de connaissance complète[1]. Dans certains cas, l'impulsion atténuée ne produit que l'éveil de l'image verbale motrice sans imposer l'articulation du mot; tout se borne à des mouvements de la langue que le malade ne peut réprimer sans déterminer une crise anxieuse (Séglas, *Soc. méd. des hôp.*, 12 avril 1889).

Une obsession identique à l'obsession du mot est l'obsession par le chiffre ou *Arithmomanie*. Tout ce que nous avons dit de la précédente s'applique à celle-ci. Le chiffre 13 et le chiffre 3 sont le plus souvent en cause (V. Ball, Magnan, Saury, Legrain, *loc. cit.*).

h. *Echolalie, coprolalie, tics convulsifs* (ἠχῶ, écho, λαλῶ, je parle ; κοπρος, ordure, λαλῶ, je parle). — On désigne sous le nom de *coprolalie* l'impulsion irrésistible à prononcer des paroles ordurières. Verga a décrit un état analogue sous le nom de *manie blasphématoire*.

L'*écholalie* consiste dans l'impulsion à répéter immédiatement, et à la manière d'un écho, la parole entendue, les mots écrits, et quelquefois même sa propre pensée.

L'une et l'autre sont des cas particuliers de l'*onomatomanie*. Elles reconnaissent les mêmes causes, les mêmes conditions générales, et elles se développent sur un état mental identique.

L'*écholalie* et la *coprolalie* sont souvent réunies chez le même sujet. Mais elles peuvent aussi exister séparément, ou se succéder. Elles coexistent fréquemment avec d'autres états psychopathiques, avec des obsessions d'une forme différente, avec la folie du doute, avec des perversions sexuelles, avec des délires mélancolique, hypochondriaque, alcoolique, etc. Pour ces différents cas, nous n'aurions qu'à répéter ce que nous avons dit à propos de la deuxième catégorie d'onomatomanie : obsession du mot qui s'impose et impulsion irrésistible à le répéter. Nous renvoyons donc à cet article.

Mais, dans d'autres cas, à la *coprolalie* et à l'*écholalie* s'ajoutent des phénomènes moteurs particuliers, également impulsifs, et l'état morbide constitué par l'ensemble de ces différents symptômes prend une physionomie assez accusée pour qu'on ait pu, à tort à la vérité, le décrire comme une maladie spéciale et distincte (Gilles de la Tourette).

Cette affection avait été entrevue par Itard, en 1825, et par Trousseau qui

[1] G. Ballet. *Contribut. à l'étude de l'état mental des héréditaires dégénérés*, Archiv. génér. de méd., 1888.

la considérait comme une *chorée laryngée* ou *diaphragmatique*. En 1880, Beard décrivait les troubles moteurs observés chez « les sauteurs du Maine ». En 1883, O'Brien rapportait des faits analogues, connus en Malaisie sous le nom de « Latah », et, en 1884, Hammond (de New-York) publiait une observation de même nature et relative au « Myriachit » des Sibériens. C'est Gilles de la Tourette qui, le premier, sur les conseils de Charcot, réunissait ces éléments épars dans une description d'ensemble, sous le titre d' « *affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie* (*Jumping, Latah, Myriachit*) [1] ».

Depuis, cet état morbide a reçu de Guinon [2] la dénomination de « maladie des tics convulsifs », sous laquelle il est habituellement désigné.

D'après Gilles de la Tourette, l'affection serait *plus fréquente* chez les *hommes*. Elle débute dans l'enfance, entre sept et dix ans, par les troubles moteurs, la *coprolalie* et l'*écholalie* n'apparaissant que plus tard.

Les phénomènes moteurs s'établissent lentement, sourdement, sans paraître influencer la santé générale du sujet. Dans la plupart des cas, ils se montrent d'abord à la face, quelquefois aux membres supérieurs. Ce sont des grimaces, des mouvements variés de la tête, des haussements d'épaule, des mouvements brusques de la main et du bras. Ces troubles s'étendent progressivement et gagnent les membres inférieurs, où les mouvements sont plus étendus : le malade frappe du pied, se lève, se baisse; souvent, il saute sur place ou en avant, etc.

Tous ces mouvements, qu'ils siègent à la face ou aux membres, ont pour caractères généraux la *soudaineté* et la *rapidité*. Ils sont saccadés, anguleux, se distinguant par là des mouvements « arrondis » des choréiques, avec lesquels on les confond trop souvent. Les observateurs sont d'accord sur ce point.

Mais, tandis que, pour Gilles de la Tourette, ces mouvements sont incoordonnés, pour Guinon, au contraire, ils sont parfaitement synergiques et coordonnés : « ils reproduisent le plus souvent des gestes automatiques ou réflexes de la vie ordinaire ». La volonté conserve une certaine influence sur ces mouvements. Si elle est incapable de les empêcher, elle peut assez souvent les retarder ou les modérer pendant quelque temps. Mais alors, dès que la volonté est vaincue, le malade, par une sorte de compensation, se livre à une gesticulation effrénée. Les émotions, la surprise exagèrent les mouvements. Au contraire, ils sont supprimés pendant le sommeil et plus ou moins atténués par les états fébriles. Tantôt ils se produisent spontanément, tantôt ils sont provoqués par la vue des mouvements d'autrui, qu'ils répètent alors fidèlement; c'est un véritable *écho des mouvements* (*échokinésie*, Charcot),

Cette imitation involontaire des mouvements, cette *échokinésie*, est poussée quelquefois très loin, ainsi qu'on peut le voir par le fait suivant, emprunté à O'Brien et qui eut une issue fatale : « Le cook d'un steamer, raconte O'Brien

[1] Archiv. de Neurol., 1885.

[2] G. Guinon. *Tic convulsif*, Art. du Dict. encyclop. des scienc. méd., 1887.

(*in* Gilles de la Tourette, *loc. cit.*), était un *latah* des plus corsés. Il berçait un jour, sur le pont du navire, son enfant dans ses bras, lorsque survint un matelot qui se mit, à l'instar du cook, à bercer dans ses bras un billot de bois. Puis ce matelot jeta son billot sur un tendelet et s'amusa à le faire rouler sur la toile, ce que fit immédiatement le cook avec son enfant. Le matelot, lâchant alors la toile laissa retomber son billot sur le pont; le cook en fit de même pour son petit garçon qui se tua sur le coup. »

A une époque variable de la maladie, on voit apparaître sous forme d'impulsion, de besoin irrésistible, la *coprolalie* et l'*écholalie*. Le malade est obsédé par la pensée de certains mots, qui sont presque toujours des mots grossiers ou orduriers (très souvent le mot de Cambronne), il lutte pour les retenir, mais ils finissent par s'échapper malgré lui et avec une énergie d'autant plus grande que la résistance a été plus vive et plus prolongée.

Il n'existe aucun trouble de la sensibilité générale ou spéciale.

L'affection procède, comme tous les états obsédants ou impulsifs, par périodes d'exacerbations, d'une durée et d'une intensité variables, coupées de rémissions plus ou moins complètes. Mais, pendant les rémissions, les secousses musculaires ne disparaissent jamais entièrement, quelques mouvements atténués subsistent toujours.

En outre des symptômes que nous venons d'énumérer, Guinon a fort bien vu chez ces malades l'existence d'un *état mental particulier :* les sujets sont très émotifs, très impressionnables, ils présentent une grande faiblesse de l'attention, ils ont une tendance marquée aux obsessions, aux impulsions, aux phobies de toute sorte ; ils sont d'humeur et d'habitudes bizarres, etc. C'est, en un mot, l'état mental des sujets à prédisposition neuropathique évidente.

La maladie des tics convulsifs est extrêmement tenace et rebelle aux moyens de traitement les plus variés. Elle s'améliore dans un grand nombre de cas, soit spontanément, soit grâce à une thérapeutique attentive, mais rien n'est plus rare qu'une véritable guérison.

Le diagnostic de cet état se fait de lui-même à la période où l'écholalie et la coprolalie sont venues se joindre aux troubles moteurs. Mais, à la première période de la maladie, alors que les troubles moteurs existent seuls, on confond très souvent la maladie des tics avec la chorée. C'est un fait relevé par Gilles de la Tourette, par Catrou, par Oddo, etc. La confusion est favorisée par cette circonstance que l'âge où les deux affections sont observées de préférence est précisément le même : *de sept à dix ans* (Gilles de la Tourette), *de neuf à treize ans* (Oddo). Il est très important d'éviter une pareille confusion, le pronostic étant, dans l'un ou l'autre cas, presque diamétralement opposé. Dans la chorée, l'incoordination motrice est complète, absolue ; les mouvements sont moins brusques, moins saccadés, plus « ronds », mais aussi plus variables; ils persistent pendant le sommeil et ils échappent totalement à l'influence de la volonté. Nous avons vu qu'inversement les tics sont coordonnés, très brusques, très anguleux; qu'ils se répètent souvent, qu'ils cessent pendant le sommeil et que la volonté exerce sur eux une action suspensive, peu durable, il est vrai, et pénible pour le malade, mais néanmoins réelle.

Indépendamment de ces différences dans les troubles moteurs, qui sont les éléments essentiels du diagnostic, on observe dans l'évolution de la chorée des épisodes aigus, avec fièvre, qui imposent le séjour au lit; rien de semblable n'existe chez les tiqueux. Enfin, tandis que les tics sont plus fréquents chez l'homme, la chorée est plus fréquente chez la femme.

Sous le nom de *chorée variable des dégénérés*, Brissaud[1] a décrit un état pathologique présentant de nombreuses analogies avec la maladie des tics, dont il est souvent très difficile de la distinguer. Dans la chorée variable, souvent accompagnée d'*écholalie* et de *coprolalie*, les mouvements sont tantôt ceux de la chorée franche et tantôt ceux de la maladie des tics; la même variabilité se retrouve dans la marche de l'affection : les symptômes disparaissent parfois brusquement, pour réapparaître bientôt avec la même soudaineté. Cette variabilité dans les symptômes et dans la marche peut aider à la distinction, mais la ressemblance entre les deux états est telle que Gilles de la Tourette considère la *chorée variable* comme une forme de la maladie des tics.

Le traitement, trop souvent impuissant, devra utiliser les reconstituants combinés à l'hydrothérapie et surtout à l'isolement.

Bibliographie. — Gilles de la Tourette. *Étude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie* (*Jumping, Latah, Myriachit*), Archiv. de Neurol., 1885. Du même, *La maladie des tics convulsifs*, Semaine méd., 3 mai 1899. — G. Guinon. *Tic convulsif*, Art. du Dict. encyclop. des scienc. méd., 1887. — Legrain. *Du délire chez les dégénérés*, th. Paris, 1886. — Saury. *Étude clinique sur la folie héréditaire*, Paris, 1886. — Mabille. *Echolalie dans le cours d'une affection mentale*, Annal. méd.-psych., 1886. — Magnan. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1882-1891, et *Recherches sur les centres nerveux*, Paris, 1893. — Catrou. *Maladie des tics convulsifs*, th. Paris, 1890. — Brissaud. *Chorée variable des dégénérés*, Revue neurol., 1896, et Presse médic., 15 févr. 1899. — Gilmore Ellis. *Le Latah, une maladie mentale des Malais*, journal of mental science, janv. 1897. — Féré, *Un cas de chorée variable*, Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1898. — Oddo (de Marseille). *Le diagnostic différentiel de la maladie des tics et de la chorée de Sydenham*, Presse méd., 30 sept. 1899.

On pourrait allonger indéfiniment, et inutilement d'ailleurs, la liste des impulsions conscientes. Ainsi que nous le montre leur description particulière, si l'objet de l'impulsion est très variable, l'état mental du sujet et les caractères généraux de l'acte sont toujours les mêmes. L'impulsion irrésistible à acheter (*oniomanie*), dont Magnan a rapporté de curieux exemples, serait fidèlement décrite d'après les traits essentiels de l'*onomatomanie* ou de la *kleptomanie* : le malade achète sans raison, sans motif aucun, sinon qu'il est poussé irrésistiblement à acheter, qu'il ne pense qu'à cela et qu'il éprouve une angoisse très pénible jusqu'à ce qu'il ait cédé à l'impulsion. Il en est de même de l'impulsion à jouer (*cubomanie*) : l'anxiété ne disparaît ou ne s'atténue que lorsque le sujet est enfin installé à une table de jeu ; insensible à la

[1] Revue Neurol., 1896.

perte et au gain, il joue tant que dure son accès, et pour satisfaire sa passion maladive, il vend tout ce qu'il possède, il vole au besoin.

Parmi les nombreux malades chez lesquels on observe des délires ambulatoires, des fugues, la plupart sont épileptiques ou hystériques. Mais il en est quelques-uns dont les fugues présentent des caractères tout différents : elles sont le résultat d'une impulsion parfaitement consciente, d'un besoin de marcher qui exige satisfaction ; le sujet y cède tout en déplorant sa faiblesse, mais, au prochain accès, il recommence. Il s'agit là d'une véritable *impulsion à marcher*, d'une *dromomanie* (Régis). On en trouve des exemples intéressants dans une leçon du professeur Raymond sur « les délires ambulatoires ou les fugues [1] ».

Tous ces faits ne diffèrent entre eux, répétons-le, que par la nature de l'idée obsédante qui précise l'impulsion ; leurs conditions pathogéniques et leur mécanisme sont identiques.

D. Aberrations et perversions sexuelles. — Dans l'antiquité, en Grèce surtout et, plus tard, à Rome, les aberrations du sens génital, très habituelles, très connues, n'inspiraient pas une bien grande réprobation, et elles n'éveillaient la curiosité méthodique ni des médecins ni des philosophes. Dans la corruption générale des mœurs, on les tolérait, et d'autant mieux qu'elles pouvaient s'autoriser d'illustres exemples qu'il eût été difficile d'étudier de trop près et dangereux de qualifier trop exactement.

Beaucoup plus tard, ces perversions, qui étaient loin de disparaître si elles devenaient plus rares, furent considérées en bloc comme des manifestations vicieuses relevant des moralistes, qui se bornaient à les flétrir, tandis que certains littérateurs les utilisaient pour la satisfaction des imaginations perverses.

Ce n'est qu'à une époque relativement récente que ces aberrations ont donné lieu à de véritables études scientifiques, dans lesquelles on reléguait au second plan les rapports de ces actes avec la moralité pour s'attacher principalement à déterminer leur signification pathologique et médico-légale. Ramdorh, à la fin du dix-huitième siècle ; Brierre de Boismont, Michéa (1847, 1849), Casper (1852), Tardieu (1858), Westphal (1870), à une époque plus rapprochée de nous, sont les premiers auteurs qui aient placé la question sur son véritable terrain.

Les travaux de Krafft-Ebing, de Gock, de Lasègue, de Charcot et Magnan, de Chevalier, de Tarnowski, de Morselli, de Lombroso, de Sérieux, de Moll, de Garnier, etc., ont achevé de nous faire connaître exactement les déviations morbides de la sphère génitale et les rapports qu'elles affectent avec les diverses affections mentales.

Comme la *folie du doute*, comme la *dipsomanie*, comme les diverses obsessions et impulsions que nous avons étudiées déjà, les perversions sexuelles exigent pour se développer « des terrains de choix » (Charcot et

[1] F. Raymond. *Clinique des maladies du système nerveux*, Paris, 1896, p. 610.

Magnan). Elles constituent un des éléments les plus caractéristiques des folies dites héréditaires et dégénératives.

En dehors de ces conditions spéciales, on peut observer des actes de même nature, que certains auteurs désignent sous le nom de *perversions acquises ;* elles dépendent soit de circonstances accidentelles (réunion d'individus de même sexe dans les collèges et pensions, dans les prisons, sur les navires, etc.), soit d'habitudes professionnelles (prostituées), soit d'une contagion par l'exemple, soit surtout des abus génésiques et de la recherche de sensations que les procédés normaux sont devenus impuissants à éveiller. Mais il s'agit, dans ces différents cas, de *dépravation,* de *perversité* plutôt que de perversion, d'un mauvais usage de la fonction génitale plutôt qued'une déviation primordiale de cette fonction. Des manifestations identiques peuvent, ici comme dans bien d'autres circonstances, dépendre de causes très différentes. Il n'est pas toujours facile de distinguer, dans les faits en question, le *vice* de la *perversion,* ce qui est acquis et accidentel de ce qui est inné et permanent. D'ailleurs, il ne faudrait pas s'abuser sur la valeur réelle de ces distinctions. Que certaines dépravations sexuelles puissent se rencontrer, à titre d'incident passager, chez des sujets à peu près normaux par ailleurs, le fait est vraisemblable. Mais, si ces incidents se multiplient et passent à l'état d'habitude, la perversion acquise se confond avec la perversion innée, ou plutôt elle la suppose. Si l'on a pu dire avec raison : « Ne devient pas alcoolique qui veut, » avec plus de justesse encore doit-on dire : « Ne devient pas pédéraste qui veut ». L'*occasion* seule n'y suffit pas, il y faut encore la *tendance.*

On rencontre également, à titre épisodique et transitoire, de véritables perversions génitales dans un certain nombre d'états psychopathiques caractérisés. Chez les *maniaques,* par exemple, l'instinct génésique participe de l'excitation générale du sujet, du désordre qui caractérise toutes ses manifestations nerveuses. Chez ces malades, les tendances érotiques sont extrêmement fréquentes, sinon constantes ; il n'est pas absolument rare de voir l'excitation sexuelle normale se compliquer d'aberrations plus ou moins nettes. C'est surtout l'*inversion sexuelle* que l'on a signalée en pareil cas (V. plus loin : *Inversion sexuelle*). Dans la *mélancolie franche*, on peut trouver exceptionnellement des faits analogues.

Ils sont beaucoup plus fréquents dans tous les états d'*amoindrissement des facultés mentales,* que cet amoindrissement soit congénital (idiotie, surtout imbécillité), ou qu'il soit acquis (démence sénile, démence paralytique). Mais, ici encore, les actes sexuels anormaux n'ont pas les mêmes caractères, ni surtout la même signification précise que chez les vrais pervertis. Ils n'ont pas une autre valeur que tout acte incorrect, quelle qu'en soit la nature, commis par les malades de cette catégorie.

Chez les *hystériques,* et plus encore chez les *épileptiques,* les manifestations génésiques anormales sont fréquentes. C'est à ce point que Arndt affirme, avec une exagération évidente, que « toute anomalie de la vie sexuelle est une manifestation épileptique ». Si les faits de ce genre se rapprochent de ceux que nous avons à décrire, ils s'en distinguent néanmoins par des carac-

tères assez tranchés pour que la confusion n'en soit pas possible, au moins à un point de vue dogmatique.

Notre intention est de ne décrire ici que les cas de perversion *instinctive, innée,* les véritables *déviations morbides* du type sexuel normal, déviations qui dépendent d'une constitution spéciale dont l'origine est le plus souvent héréditaire et qui *se manifeste dès l'enfance,* soit par ces aberrations génitales elles-mêmes, soit par d'autres anomalies psychiques.

Il y a lieu d'insister sur ce fait, mis en lumière par le plus grand nombre des observateurs, que les aberrations génitales apparaissent *dès l'enfance,* avant toute influence possible de l'exemple ou d'une éducation vicieuse. C'est là, au point de vue psychologique et médico-légal, un fait d'une extrême importance. Il explique la plupart des caractères que présentent les états morbides en question.

Nous avons appris à connaître ces caractères, en étudiant les autres manifestations des anciennes « folies instinctives ».

L'intelligence des sujets les plus anormaux au point de vue génital reste à peu près intacte, et les malades ont une conscience plus ou moins complète de leur état pathologique.

De cette conscience naît une répulsion sincère pour les actes qu'ils sont entraînés à commettre, le mépris pour eux-mêmes, et une lutte plus ou moins énergique contre leurs tendances, de telle sorte qu'ils peuvent résister parfois très longtemps.

Mais, la tendance morbide, ordinairement paroxystique, finit par prendre tous les caractères de l'impulsion et elle entraîne la volonté défaillante. Ces paroxysmes impulsifs, plus ou moins nets, s'accompagnent d'une angoisse souvent fort vive, et l'accomplissement de l'acte est suivi d'une sensation de soulagement, d'un apaisement assez marqué.

En résumé, marche généralement intermittente (sans aucune régularité) des phénomènes morbides ; — paroxysmes impulsifs et irrésistibles, avec angoisse concomitante et satisfaction consécutive ; — lucidité intellectuelle et conscience de l'anomalie, à un degré quelconque.

Ajoutons que, dans la plupart des cas, les pervertis sexuels *présentent d'autres manifestations psychopathiques,* d'autres symptômes de déséquilibration mentale (obsessions, impulsions, phobies), des tendances mélan coliques avec idées de suicide, et même des délires caractérisés, systématisés ou non.

Pour introduire plus de clarté dans l'étude des nombreuses manifestations qui trahissent la perversion du sens génésique, il est nécessaire d'adopter un classement. Magnan a tenté une classification anatomo-physiologique qui, pensons-nous, trouvera plus utilement sa place à la fin de ce chapitre. Tarnowski (*loc. cit.*) a réparti ces aberrations en *trois classes,* comprenant chacune plusieurs subdivisions. La première classe est celle des aberrations *héréditaires,* qui peuvent être *innées, périodiques* ou *épileptiques.* — La seconde classe renferme les perversions dites *acquises ;* elles se développent sous l'influence soit de l'exemple, d'une éducation vicieuse, de l'immoralité

naturelle au sujet, — soit de la sénilité, soit enfin de lésions cérébrales, surtout la paralysie générale et le ramollissement. — La troisième classe correspond aux aberrations *complexes* qui ne rentrent pas dans les deux premières catégories.

D'autres auteurs ont étudié ces perversions suivant leur rapport avec les différents éléments de la fonction sexuelle normale (excitant, désir, accomplissement de l'acte). Mais la délimitation est, dans bien des cas, extrêmement incertaine. Nous nous en tiendrons à un classement plus simple, et nous décrirons avec Krafft-Ebing les anomalies et les perversions sexuelles selon qu'elles représentent un *trouble de quantité* ou un *trouble de qualité*.

En effet, la fonction génitale peut être *exaltée* ou *diminuée* (quantité), elle peut aussi être *pervertie* par l'intervention d'un élément étranger (qualité).

A l'*exaltation* fonctionnelle correspondent la *nymphomanie* et le *satyriasis* [1], les penchants génésiques excessifs de l'*enfance* et de la *ménopause*, etc.

A l'*amoindrissement* de la fonction se rattachent l'*érotomanie* et la *frigidité absolue*.

Enfin, à la *perversion* fonctionnelle appartiennent les aberrations proprement dites, extrêmement nombreuses, et que Krafft-Ebing a groupées en trois catégories principales : *Fétichisme*, *Masochisme* et *Sadisme*. Nous y ajouterons l'*Exhibitionnisme* et quelques autres perversions plus ou moins analogues, l'*Inversion sexuelle* et l'*Hermaphrodisme psychique*. Ces deux derniers états représentent un degré très accentué de perversion génitale.

Le tableau ci-joint résume le classement que nous adoptons.

ANOMALIES ET PERVERSIONS SEXUELLES

1. Exaltation de la fonction sexuelle	Nymphomanie (chez la femme). Satyriasis (chez l'homme). Erotisme de l'enfance. Érotisme de la ménopause et de la vieillesse.
2. Amoindrissement de la fonction sexuelle.	Érotomanie. Frigidité simple, complète ou incomplète.
3. Aberrations et perversions proprement dites . . .	Exhibitionnisme. Fétichisme. Masochisme. Sadisme. Nécrophilie. Bestialité. Inversion sexuelle. Hermaphrodisme psychique.

1° *Exaltation génésique. Nymphomanie et Satyriasis.* — Ils sont caractérisés l'un et l'autre par une excitabilité excessive et pathologique de l'instinct

[1] Marc désignait la nymphomanie et le satyriasis sous le terme commun de *aïdoïomanie*.

sexuel, en même temps que par la faculté de renouveler presque indéfiniment l'acte vénérien, sans arriver pour cela à l'apaisement du désir.

Chez ces malades, la vue ou la seule pensée d'un individu de sexe contraire, qu'il soit beau ou laid, jeune ou vieux, provoque un violent orgasme génital que le sujet cherche à satisfaire immédiatement. Un obstacle, un retard quelconque déterminent une vive agitation. P. Moreau (de Tours) parle d'un malade qui « s'élance sur la femme qu'il peut atteindre, sans acception d'âge ou de figure... On en a vu répéter l'acte vénérien sans être assouvis plus de quarante fois dans une nuit. » Une malade de Magnan, âgée de trente-trois ans, mère de cinq enfants, a des crises sexuelles qu'elle cherche à satisfaire avec le premier venu. Ni l'onanisme, ni le coït répété ne peuvent améliorer son état. Perdant toute retenue, toute apparence de pudeur, elle parle de ses désirs à sa mère et à ses frères. Trélat (*Folie lucide*) rapporte l'observation d'une femme riche, appartenant au meilleur monde, élevée de la façon la plus sévère, et qui, aussitôt après son mariage, est prise d'une véritable fureur érotique. On la relègue à la campagne, mais sans aucun succès. « Cette femme élégante, pleine de jeunesse et d'éclat, pervertissait tout ce qui l'entourait : fermiers, domestiques, garçons de ferme, porchers et palefreniers, peu lui importait, pourvu qu'elle pût chaque jour et presque à chaque heure, non satisfaire, mais apaiser ses indomptables ardeurs. Cela dura longtemps... On sut plus tard que, dans le moment même ou Mme de X..., s'abandonnait ainsi à tous ceux qui l'entouraient, elle se livrait avec la même fureur aux excès de l'onanisme. » Dans ce même ouvrage de Trélat, on trouve des observations de nymphomanie développée aux âges extrêmes de la vie génitale, à l'âge de *douze ans* et à l'âge de *soixante-neuf ans*.

On rencontre assez souvent, dans cette catégorie de malades, des faibles d'esprit, des imbéciles qui s'abandonnent sans aucune contrainte, et parfois en public, à leurs impulsions génésiques ; ils se masturbent sans se préoccuper d'être vus ; les hommes s'attaquent brutalement aux femmes qui passent à leur portée ; les femmes abusent de petits garçons, quelquefois même de leurs propres enfants. En cas de résistance, ces derniers malades, aveuglés par leur invincible passion, peuvent aller jusqu'au meurtre. De pareils faits ne sont pas très rares.

On conçoit quels ravages exercent sur la santé générale de semblables excès, continués pendant quelque temps. Dans les cas extrêmes, on a vu se produire de graves lésions des organes génitaux, des gangrènes entraînant la mort.

A côté de ces cas typiques, développés chez des adultes, on peut ranger dans les exaltations fonctionnelles morbides les faits d'*éveil précoce* de l'instinct génital chez des enfants de quatre à huit ans. Cette précocité est, à elle seule, l'indice d'un développement défectueux du système nerveux.

On peut observer aussi un état analogue chez la femme, au moment de la *ménopause* et même à un âge plus avancé. C'est ce que Guéneau de Mussy décrivait sous le nom d' « érotisme de la ménopause [1] » : « Des femmes...

[1] Gazettte hebdom., 1871.

qui avaient de l'indifférence pour les rapports sexuels sont parfois tourmentées par des excitations génésiques violentes, insupportables..., qui se font sentir pendant le jour, en dehors de toute provocation extérieure, de tout entraînement de l'imagination. Ces crises érotiques peuvent durer plusieurs années. » Sérieux (*loc. cit.*) en rapporte un exemple chez une femme de cinquante-cinq ans.

2° *Affaiblissement génésique. Erotomanie.* — L'*érotomanie*, telle que l'a définie Esquirol, est « caractérisée par un amour excessif, tantôt pour un objet connu, tantôt pour un objet imaginaire ; dans cette maladie, l'imagination seule est lésée,... l'amour est dans la tête. L'érotomaniaque ne désire, ne songe même pas aux faveurs qu'il pourrait prétendre de l'objet de sa folle tendresse, quelquefois même son amour a pour objet des êtres inanimés. Alkidias, de Rhodes, est pris de délire érotique pour la statue de Cupidon de Praxitèles ; Variola raconte la même chose d'un habitant d'Arles qui vivait de son temps. » Dans le même ordre de faits, on peut citer encore le cas, rapporté par les journaux, en 1877, d'un jardinier amoureux d'une Vénus de Milo placée dans son jardin, et celui d'un jeune homme de Saint-Pétersbourg qui avait voué son amour à la statue d'une nymphe ornant la terrasse d'une villa (Tarnowski).

L'*érotomanie* est donc un amour platonique morbide. Il est le contraire du *satyriasis*, dans lequel l'excitation sexuelle est d'une telle vivacité qu'elle doit aboutir irrésistiblement à la satisfaction physique. Dans l'*érotomanie*, l'excitation existe, mais elle est comme transposée dans l'ordre intellectuel ; très vive cérébralement, l'excitation ne s'étend pas au centre génital médullaire (cérébraux antérieurs de Magnan). Il n'y a ni désir charnel, ni érection.

Cet état est évidemment en rapport avec un amoindrissement, momentané ou définitif, des fonctions génitales. Dans les observations qui ont été publiées, si les sujets ne sont pas impuissants, ils présentent toujours une frigidité marquée, les désirs vénériens n'occupent aucune place dans l'existence des malades, l'onanisme est rare. Mais en revanche l'amour-sentiment est chez eux d'une extrême vivacité et les entraîne aux actes les plus bizarres, les plus extravagants. Esquirol rapporte l'observation d'une dame qui s'éprend ainsi d'un jeune homme qu'elle aperçoit pour la première fois et à qui *elle ne parle point*, elle prend son mari en grippe, se sépare de lui et retourne chez ses parents. Là, elle ne parle que de celui qu'elle aime : il règle ses pensées, gouverne ses actions. Elle écrit fréquemment des lettres, des vers, où il n'est question que de lui : « Si ces écrits expriment la passion la plus véhémente, ils sont la preuve des sentiments les plus vertueux », etc.

Le même auteur parle aussi d'un jeune homme de 36 ans, qui s'éprend d'une actrice dont il n'est pas connu, à qui *il n'a jamais parlé*. Il est persuadé que l'actrice l'a remarqué, qu'elle l'aime, qu'elle joue pour lui seul quand il assiste au spectacle. Dès lors, il ne s'occupe que de cette femme. Il se présente chez elle, il l'attend à la porte du théâtre, espérant obtenir un

regard. On se moque de lui, on le repousse, on le chasse, on le maltraite. Rien ne le décourage : « Par le temps le plus rigoureux, il s'établit sur les bornes qui sont en face ou à côté de la maison qu'habite Mme ..... ; il s'attache à ses pas, la suit dans ses promenades, poursuit à pied sa voiture... Les dédains et le refus de lui parler sont des précautions prises par la jeune actrice pour mieux cacher son amour, les coups dont on l'assomme sont souvent des œuvres de jalousie de la part de ses rivaux », etc.

Trélat (loc. cit.), dans le chapitre qu'il a consacré aux érotomanes, parle d'un de ses malades « qui aimait à la fois deux sœurs d'un amour égal. C'était pour lui un grand chagrin de ne pouvoir concentrer sur une seule l'affection qu'il avait pour l'une et pour l'autre. Ce sentiment était tout à fait secret, absolument ignoré des deux jeunes personnes et de leur famille ; il ne fut jamais confié qu'au médecin appelé pour donner des soins au malheureux qui s'était frappé mortellement en apprenant le futur mariage de l'une des deux. Il n'avait jamais songé à se marier ni avec l'une, ni avec l'autre, et, alors même que c'eût été possible, il s'y fût refusé. »

Magnan a vu un malade, amoureux de Mlle Van Zandt, dont l'histoire est tout à fait semblable à celle du malade d'Esquirol, résumée ci-dessus. Il donne aussi l'observation, bien souvent citée, d'un jeune élève de l'école des Beaux-Arts, qui passait de longues heures, la nuit, à sa fenêtre. « Il lui faut, dit-il, un idéal, il en a besoin ; son idéal, *c'est Myrtho qui s'est retirée dans une étoile*. Il contemple tous les soirs cette étoile, vient la voir avant de se coucher, lui rend hommage, brûle pour elle des essences et de l'encens, il lui adresse des vers. On a parfois essayé... de fermer les fenêtres, de l'empêcher de regarder au ciel, mais c'est peine inutile, dès qu'il est seul, il se relève et ne s'endort qu'après avoir jeté un dernier regard vers Myrtho. »

L'amoindrissement de l'appétit génésique peut, dans certains cas peu fréquents, être poussé si loin qu'il équivaut à l'abolition fonctionnelle. C'est la *frigidité complète, absolue*, en présence de toute excitation, qu'elle soit normale ou anormale, et l'absence de tout désir, de toute tendance érotique cérébrale. Ces cas sont peut-être plus fréquents chez la femme, mais on les observe aussi chez l'homme. Legrain parle d'un homme de trente-cinq ans qui n'a jamais eu de désirs sexuels ; quelques rares érections ; hérédité très chargée (*th. cit.*, observ. 3). G. Ballet [1] cite comme exemple « un jeune officier d'artillerie que laisse absolument froid la vue et le contact des femmes les plus belles : il n'a jamais eu ni désir ni érection. Inutile de dire s'il s'afflige de cet état, qui est chez lui la conséquence d'une lourde hérédité névropathique ! »

Il faut se garder de confondre la *frigidité* dont nous parlons ici, et qui est un phénomène primitif, résultant d'une défectuosité congénitale du système nerveux, avec l'*impuissance* consécutive soit aux abus sexuels, soit à certaines maladies nerveuses organiques. Le sujet frigide n'éprouve aucune excitation, ni des centres nerveux, ni des organes génitaux. L'impuissant, chez qui toute

[1] *Traité de médecine*, loc. cit.

réaction des organes génitaux est abolie, n'en est pas moins excité cérébralement. L'érection a disparu, mais non le désir inapaisable !

3° *Perversions proprement dites.* — Les deux catégories précédentes correspondent à des anomalies génésiques, plutôt qu'à des perversions. La fonction est modifiée dans son intensité, dans son énergie, elle n'est pas nécessairement altérée, pervertie dans son origine et dans ses rapports avec les excitants physiologiques.

Nous allons examiner maintenant les perversions proprement dites, les aberrations véritables. Elles sont très nombreuses, mais elles ont toutes ce caractère commun, à savoir que la *satisfaction génésique ne peut être obtenue que par l'intervention d'un élément étranger à la sphère génitale.* Cet élément est d'ailleurs très variable et plus ou moins éloigné de l'excitation normale. Il consiste tantôt en une idée ou représentation mentale, tantôt en un sentiment, tantôt en un objet matériel dont la présence effective est indispensable à l'accomplissement de l'acte vénérien. D'après la nature de l'excitation anormale, on a groupé les aberrations sexuelles en plusieurs catégories, Lasègue avait décrit l'*exhibitionnisme* (1877). Krafft-Ebing a établi trois autres groupes : le *fétichisme,* le *masochisme* et le *sadisme.*

Les malades qui appartiennent à ces quatre catégories, quelle que soit la bizarrerie de leur perversion, se rattachent encore à l'état normal par ce fait qu'ils sont impressionnés par des sujets de sexe contraire, ils sont *hétéro-sexuels.* La perversion peut être plus profonde encore et l'excitation génésique peut n'être produite exclusivement que par un sujet de même sexe. C'est l'*homosexualité* ou *inversion sexuelle,* telle que l'ont surtout décrite Westphal, Charcot et Magnan, Gock, J. Chevalier, Moll, etc. Chez les invertis, l'aberration est parfois poussée plus loin encore et se complique de fétichisme, de sadisme, etc., de sorte que ces cas représentent une double perversion.

Exhibitionnisme[1]. — Lasègue a désigné sous ce nom l'*impulsion irrésistible* à étaler en public, à exhiber ses organes génitaux.

En tant que fait, ainsi que Magnan l'a très justement fait remarquer, l'acte d'exhiber ses organes génitaux s'observe dans des situations mentales très diverses et parfois indépendamment de toute impulsion. Dans ces derniers cas, par exemple dans la démence sénile, dans la paralysie générale, dans l'imbécillité, dans l'épilepsie, etc., l'exhibition des organes n'est plus que l'expression de la perte, momentanée ou définitive, du sens moral ou du sentiment des convenances, et l'acte perd toute signification spéciale. On pourrait dire que c'est un *faux exhibitionnisme,* par opposition à l'*exhibitionnisme vrai,* lequel constitue un état morbide particulier, dans lequel l'impulsion irrésistible, consciente et accompagnée d'une angoisse plus ou moins vive, est

[1] Lire principalement, sur l'*Exhibitionnisme.* Lasègue. *Union médic.*, mai 1877, et *Études médic.*, 1884. Magnan. *Communic. à la Soc. de méd. légale,* 12 mai 1890, et *Recherches sur les centres nerveux,* Paris, 1893. G. Ballet. Sem. médic., 23 mai 1893, et Leç. cliniques, *loc. cit.*, p. 61 et suiv.

l'élément prépondérant. Cet état spécial, analogue par ses caractères généraux à la *dipsomanie*, à l'*onomatomanie*, etc., est rangé par Magnan dans les « syndromes épisodiques de la dégénérescence mentale ». C'est le seul dont nous ayons à nous occuper avec quelque détail.

Pour bien faire comprendre la nature de ce trouble mental, nous emprunterons à Lasègue la remarquable description qu'il en a donnée en quelques lignes où sont très nettement indiqués ses traits essentiels.

« Le premier cas qu'il m'ait été donné d'observer m'avait laissé, dit Lasègue, une vive impression. Il s'agissait d'un jeune homme (moins de trente ans) appartenant à une famille honorable, jouissant lui-même d'une situation enviée. Il était distingué d'esprit et de formes, et son éducation le rattachait au meilleur monde.

« L'autorité avait été informée, par des plaintes multiples, d'un scandale qui se renouvelait dans les églises, toujours vers la tombée de la nuit. Un jeune homme, dont on donnait le signalement, se présentait subitement devant une femme en prière dans l'église alors peu fréquentée ; il étalait ses organes génitaux sans prononcer une parole et disparaissait dans l'ombre après une courte apparition.

« Un soir, cet étrange fantaisiste fut arrêté à Saint-Roch, au moment où il se livrait à son exercice périodique devant une vieille religieuse qui poussa un grand cri et éveilla l'attention du gardien. Le délit était si singulier que le parquet demanda un examen médical... *L'impulsion était invincible*, elle se reproduisait *périodiquement* aux mêmes heures, jamais dans la matinée, elle était *précédée d'une anxiété* qu'il attribuait à une sorte de résistance intérieure... Tout était irréprochable, sauf les faits qui avaient motivé l'arrestation. »

Un autre sujet, âgé de soixante ans, s'exhibait devant une petite fille de huit à dix ans, tous les matins, entre 10 et 11 heures.

Un troisième, officier supérieur en retraite, âgé de soixante-cinq ans, va, tous les deux jours, se placer devant la grille d'une maison où habitent des jeunes filles. Là, il découvre ses organes génitaux, puis, après quelques minutes, il reboutonne son pantalon et continue sa promenade périodique. Détail curieux, il dépose toujours sa canne au même endroit avant de se mettre en posture. Il jouit, en apparence, de toute sa raison, etc., etc.

Une dernière observation, empruntée à Magnan (*loc. cit.*), nous fournira des traits nouveaux. G..., garçon de restaurant, complètement déséquilibré, onaniste jusqu'à l'âge de dix-neuf ans, présente à ce moment des tendances exhibitionnistes, sous forme de paroxysmes. Un jour, « il va se poster sous la porte d'entrée d'une maison, étalant ses organes génitaux aux regards de deux jeunes filles et d'une femme de chambre qui se trouvaient en face, à une fenêtre du premier étage. Interpellé par le père des deux jeunes filles, il s'éloigne. Un peu plus loin, il rencontre deux dames devant lesquelles il se livre stupidement à une nouvelle exhibition ; il est arrêté immédiatement ». Un an après, il se fait arrêter dans des circonstances identiques, « à l'église Saint-Germain l'Auxerrois, au moment où, placé dans le tambour de la porte

d'entrée, entrebâillant le battant extérieur, il venait d'exhiber ses organes génitaux aux regards de plusieurs ouvrières d'un atelier situé en face ». Ce malade était affecté, en outre, d'une *excitabilité génésique excessive*. Quand il servait une femme, au restaurant, ou bien quand une femme rencontrée dans la rue attirait ses regards, souvent « l'orgasme génital était tel que. sans manœuvre particulière de sa part, dans le restaurant, en pleine rue, il s'accompagnait de pollution ». G... était dans un état de priapisme presque permanent, qui entraînait une insomnie habituelle. Marié avec une jeune fille qu'il aime, « les satisfactions conjugales qu'il trouve dans son intérieur ne suffisent pas à apaiser son éréthisme insatiable ».

Les exhibitionnistes se recrutent à peu près exclusivement parmi les *hommes*.

Les uns opèrent dans les églises, les autres exhibent leurs organes à une fenêtre, de façon à être aperçus des fenêtres d'en face ; certains se postent à proximité d'une école, sur le passage des élèves ; d'autres enfin en pleine rue ou dans les urinoirs, ou dans les jardins publics, etc.

D'après Lasègue, « les caractères scientifiques de l'espèce » sont les suivants : exhibition à distance, sans aucune manœuvre lubrique, sans aucune tentative pour entrer en relations plus intimes ; retour du même instinct aux mêmes lieux et habituellement aux mêmes heures ; pas un acte répréhensible au point de vue génital, en dehors de cette manifestation monotone. Cet éminent observateur insiste sur le caractère intermittent du trouble, sur l'irrésistibilité de l'impulsion et sur la correction de l'état mental dans l'intervalle des accès. Il ajoute que, d'après ses observations personnelles, les sujets ne présentent pas d'autre anomalie psychique appréciable.

Les observations ultérieures ont permis de compléter et de rectifier, sur quelques points secondaires, les caractères du syndrome *exhibitionnisme*. C'est ainsi que le retour de l'acte aux mêmes lieux et aux mêmes heures n'est pas aussi constant que l'avait cru Lasègue, et peut-être dépend-il simplement des conditions extérieures qui lui permettent de se produire et non pas d'une périodicité instinctive.

D'autre part, et ceci est plus important, les exhibitionnistes ont généralement d'autres tares mentales, qui se manifestent par des symptômes différents (obsessions, impulsions, phobies, état mélancolique, tendances suicides, etc., C'est un point sur lequel ont particulièrement insisté, de façon à l'établir définitivement, Magnan et ses élèves (Legrain, Saury, Garnier, Sérieux, etc.). Il est rare que l'aberration dont il s'agit soit complètement isolée. Souvent, l'exhibitionniste présente, même au point de vue génital, soit d'autres perversions, soit des malformations. Mais surtout, on retrouve chez lui, dans le présent ou dans le passé, quelques troubles psychiques de nature à faire reconnaître nettement l'existence d'une affection mentale. C'est ainsi que l'impulsion à exhiber peut être accompagnée ou avoir été précédée d'autres impulsions ou obsessions (phobies, doute angoissant, onomatomanie, dipsomanie, etc.) ; ou encore elle est liée à l'alcoolisme, à un délire mélancolique ou de persécution, à un délire hypocondriaque, etc. En remontant dans le

passé des malades, on retrouve des traces plus ou moins nombreuses, mais toujours évidentes, de l'état mental si particulier aux sujets prédisposés. On comprend toute l'importance de ces constatations en ce qui concerne le diagnostic et la médecine légale[1]. Aussi, quand on a à apprécier un fait d'exhibitionnisme, faut-il étudier avec soin la vie entière du sujet, et ne pas se borner au seul examen de l'acte. Cependant, si, pour une raison quelconque, on ne parvenait pas à trouver d'autres éléments d'appréciation, la constatation certaine de l'impulsion, avec ses caractères de lutte angoissante, suffirait à elle seule pour faire admettre la nature pathologique de l'acte.

Comme dans toute impulsion consciente, le malade sent très bien qu'il est en proie à une incitation morbide; il en a même souvent la *conscience morale*, c'est-à-dire qu'il en apprécie le caractère honteux et répugnant, mais il sent aussi, à n'en pouvoir douter, que sa volonté sera impuissante et qu'il ne tardera pas à succomber. Comme toujours aussi, l'angoisse qui accompagne cette lutte intérieure est suivie, une fois l'acte accompli, d'une détente nerveuse, d'un sentiment de satisfaction ou, tout au moins, de soulagement très marqué.

Quelquefois cependant, la volonté est assez forte pour triompher de l'impulsion. Mais il suffit alors d'une circonstance particulière, d'un appoint alcoolique par exemple, pour annihiler toute force de résistance.

Le soulagement consécutif est en rapport direct, on le sait, avec l'intensité de la lutte et la vivacité de l'impulsion. L'une et l'autre sont surtout manifestes dans les cas, et ce sont les plus fréquents, où l'impulsion est franchement intermittente, où les accès sont séparés par un intervalle normal d'une durée assez longue. Il est des cas plus rares dans lesquels l'obsession d'exhiber est à peu près constante. L'impulsion est alors plus faible, et le soulagement qui suit l'acte est aussi moins accentué. Magnan a présenté à la Société médico-psychologique (26 juin 1899) un exhibitionniste qui était poursuivi presque constamment par l'idée d'exhiber ses organes. L'impulsion est assez faible chez ce malade et ne s'accompagne pas d'une véritable angoisse. S'il est empêché par une circonstance quelconque, il éprouve seulement une sorte d'ennui, un certain malaise, mais sans oppression, ni sueurs, ni tremblement. L'acte accompli, il est content, il se sent heureux quand la femme le regarde, mais il n'éprouve rien d'analogue aux sensations du coït; c'est une satisfaction toute psychique.

L'exhibition se fait généralement à distance, en silence, et, le plus souvent, elle n'est pas accompagnée de masturbation ou autre « manœuvre lubrique ». La verge est généralement à l'état flaccide, mais l'érection et, souvent, l'éjaculation se produisent dès que le sujet a attiré sur lui l'attention de la personne pour laquelle il exhibe. Puis, il se reboutonne et part, comme si de rien n'était.

Tel est le syndrome à l'état simple, sans complications, celui qu'avait

[1] Voir, à ce sujet, une intéressante observat. de Vigouroux. *Exhibitionniste condamné par les tribunaux*, Annal. méd.-psych., mars-avril 1896.

observé Lasègue. Ici, l'exhibitionnisme trouve en lui-même son but et sa fin ; l'acte accompli, sans manœuvre d'aucun genre, le malade est satisfait et s'en va.

Mais les choses ne se passent pas toujours aussi simplement, d'une façon aussi désintéressée. L'exhibitionnisme peut être *complexe*, ne pas trouver en lui-même sa complète satisfaction. C'est le cas lorsque le malade exhibe ses organes soit pour se masturber, soit pour les frotter contre une robe de femme. L'exhibition n'est plus un but, elle n'est plus qu'un moyen (*frotteurs*) ou un excitant surajouté (onanistes). Ce qui est impulsif, dans ces cas particuliers, ce n'est pas, à proprement parler, l'exhibition, c'est le besoin de satisfaire une sollicitation génésique impérieuse et pervertie.

A côté des exhibitionnistes à distance, respectueux, pourrait-on dire, et ne se livrant à aucune autre manœuvre, on doit donc distinguer les catégories des *exhibitionnistes-onanistes* et des *exhibitionnistes-frotteurs* (Magnan).

L'exhibitionnisme peut être associé à d'autres anomalies ou perversions génitales ; quelques-uns de ces sujets, par exemple, sont en même temps *fétichistes* (voy. plus bas) ; d'autres sont complètement *frigides*, quand il s'agit de rapports sexuels normaux. Ce sont là, cependant, de véritables exceptions. Lasègue, Magnan et la plupart des observateurs sont d'accord pour admettre que la grande majorité des exhibitionnistes n'offrent pas d'autre aberration génésique et qu'ils ont l'appétence sexuelle soit à un degré normal, soit même à un degré très développé. Beaucoup sont mariés et ont des enfants. Le malade de Magnan cité plus haut disait préférer l'exhibition au coït, « surtout parce qu'elle est tout aussi agréable et moins fatigante ».

Ni l'*âge* ni le *milieu social* ne semblent avoir une influence appréciable sur le développement de cette perversion ; les faits publiés concernent tantôt des jeunes gens, tantôt des vieillards et tantôt des sujets dans la maturité de l'âge ; toutes les conditions y sont représentées.

Le *sexe* joue un rôle plus important, puisque les faits connus d'exhibitionnisme vrai se rapportent tous à des *hommes*.

Nous avons dit que l'exibition a été observée dans des conditions mentales très différentes de celles que nous venons d'étudier. On la rencontre notamment chez des paralytiques généraux, des déments séniles, des ramollis, des épileptiques, des imbéciles, etc. Ici, on ne retrouve ni la lucidité et la conscience à peu près complète de l'acte, ni l'intermittence plus ou moins régulière, ni l'impulsion irrésistible, ni l'anxiété qui précède l'acte, ni, enfin le soulagement qui le suit. Ce n'est plus qu'un fait banal, accidentel, sans signification précise, faisant partie d'un ensemble de manifestations incorrectes qui trahit la déchéance profonde des facultés et l'oubli des convenances (démence, imbécillité), ou qui est en rapport avec une obtusion intellectuelle (épilepsie) capable de produire momentanément les mêmes effets. Il convient de ranger ces faits sous la dénomination de *faux exhibitionnisme*, pour les opposer aux précédents qui, seuls, constituent l'exhibitionnisme proprement dit, l'*exhibi-*

tionnisme vrai. Les cas de faux exhibitionnisme sont beaucoup plus fréquents que les autres (Magnan).

Il existe aussi des cas *intermédiaires,* représentés par certains débiles et imbéciles qui exhibent leurs organes en vertu d'une sorte d'impulsion accompagnée d'un rudiment de conscience et d'une faible résistance, trop faible pour déterminer une véritable anxiété. Dans ces cas, on observe également une certaine intermittence.

En résumé, le mot *exhibitionnisme* ne désigne qu'une manifestation extérieure, qui peut être sous la dépendance d'états morbides très différents. Comme manifestation extérieure, comme acte, l'exhibitionnisme a une grande importance pour la médecine légale, et, à ce titre, le terme expressif, pittoresque, employé pour la première fois par Lasègue, mérite d'être conservé. Mais, au point de vue clinique et physiologique, ce terme n'a plus une signification simple et définie ; on ne peut l'appliquer utilement à un cas particulier qu'à la condition d'indiquer les caractères qu'il présente et la cause qui le détermine.

5° *Fétichistes.* — Krafft-Ebing a classé les pervertis sexuels en trois groupes : les *fétichistes*, les *masochistes* et les *sadiques.*

Ces perversions représentent un trouble plus profond que l'exhibitionnisme. Ce dernier laisse subsister le plus souvent, nous l'avons vu, l'appétence normale, tandis qu'elle est ordinairement supprimée dans les cas appartenant aux trois groupes que nous allons décrire.

Le *fétichisme* est une anomalie dans laquelle un objet étranger à la sphère génitale normale a le pouvoir exclusif d'éveiller les sensations et les désirs sexuels. L'objet peut d'ailleurs être une partie du vêtement ou du corps, d'où deux sortes de fétichisme : le *fétichisme des objets* et le *fétichisme corporel.* Suivant l'expression de Garnier, c'est « une sorte d'ectopie amoureuse », un « onanisme psychique ».

I. *Fétichisme des objets.* — Les objets qui peuvent prendre une valeur génésique et presque sexuelle sont très nombreux et très variés. Certains malades sont attirés vers des effets de lingerie, ordinairement blanche et fine : mouchoirs, chemises, tabliers blancs (Magnan). D'autres sont impressionnés génitalement par un bonnet de nuit (Magnan), par les corsages de femme (Mabille et Ramadier), par les étoffes duveteuses, soyeuses ou veloutées. D'autres encore par les chaussures, par les clous des semelles de femme, etc.

Casper rapporte l'observation d'un homme, « qui avait depuis sa jeunesse une « monomanie » singulière : aussitôt qu'il apercevait un fouet dans une boutique; il éprouvait de violents désirs de volupté qu'il satisfaisait lui-même à l'instant, et commettait ainsi de honteux attentats aux mœurs en public ». (*Méd. lég.* traduct. franç., p. 350.)

Un malade de Blanche, dont l'histoire est longuement rapportée par Magnan, était obsédé *dès l'âge de six ans* par la recherche des clous des souliers de femme : « La vue de ces clous produisait dans tout son être un

bonheur indéfinissable ». Au collège, malgré tous ses efforts, il y pensait souvent et il avait des crises de surexcitation suivies d'une prostration complète. Quelquefois, il se produisait à ces moments une érection et même l'éjaculation, sans que le malade touchât sa verge. Il se racontait, pour s'exciter, des histoires dans lesquelles les clous jouaient un rôle considérable, et il se masturbait. Il prenait parfois les souliers de ses cousines, posait l'extrémité de sa verge sur les clous et éjaculait aussitôt, sans aucune manœuvre, etc. Il fut arrêté se masturbant à la porte d'un cordonnier, et comme en extase devant la semelle d'un soulier de femme. C'était un homme d'ailleurs très intelligent, très instruit, très travailleur, déplorant cette aberration dont il avait la pleine conscience, dont il souffrait beaucoup et contre laquelle il avait inutilement essayé de lutter de toutes ses forces.

Un autre malade, observé par Magnan, avait éprouvé à l'*âge de cinq ans*, une excitation génitale avec érection, en voyant un de ses parents se coiffer d'un *bonnet de nuit*. Vers le même âge une sensation toute semblable se reproduit à la vue d'une vieille servante mettant sur sa tête une coiffe de nuit. Plus tard, l'*idée seule* d'une tête de vieille femme ridée et laide, mais coiffée d'un bonnet de nuit, provoquait l'orgasme génital. La vue du bonnet de nuit *seul* n'exerce qu'une faible influence, mais son *contact* provoque l'érection et parfois l'éjaculation. Très froid avec les femmes, le sujet affirme n'avoir pas eu de relations sexuelles avant trente-deux ans, époque de son mariage. Impuissant auprès de sa jeune femme, qu'il aime cependant, il n'a jamais pu obtenir une érection qu'*en évoquant l'image de la vieille femme ridée couverte du bonnet de nuit.*

Vallon[1] a publié une intéressante observation de fétichisme, relative à un malade coupant avec des ciseaux des *lambeaux de jaquette de femme,* qui lui procuraient les plus vives jouissances.

On trouve un très grand nombre de faits de ce genre dans les auteurs qui se sont occupés particulièrement de ces questions. Ils sont tous caractérisés par une idée obsédante devenant bientôt impulsive, par une lutte anxieuse plus ou moins vive, et par le soulagement consécutif.

II. *Fétichisme corporel.* — Ici encore, il existe une grande diversité. Les uns se passionnent pour les cheveux (Motet), les autres pour le pied (Krafft-Ebing) ou la main, pour les fesses, etc.

Il peut sembler tout d'abord que les cas de ce genre s'éloignent moins de l'état normal, où l'excitation sexuelle est souvent augmentée par le contact de telle ou telle partie du corps ; mais, en réalité, la perversion y est tout aussi profonde que dans le fétichisme des objets. Tandis qu'à l'état normal la préférence pour une partie du corps n'est pas séparée de l'appétence pour le sexe, n'existe même que par rapport à celle-ci, dans le fétichisme corporel, au contraire, la partie préférée se substitue complètement à la personne physique et morale, elle supprime en quelque sorte tout le reste du

[1] *Un fétichiste honteux*, Annal. d'hygiène et de méd. lég., 1895, t. XXXIV, p. 547.

corps, et elle concentre en soi, exclusivement, toutes les excitations génésiques dont elle est devenue la raison nécessaire et suffisante. Sa présence crée ces excitations, son absence les fait totalement disparaître.

Suivant les parties du corps choisies par les malades, et suivant les procédés qu'ils adoptent pour atteindre leur but, on a distingué certains groupes secondaires.

Les *coupeurs de nattes* sont les amants des cheveux. Munis de ciseaux, ils se glissent dans la foule, à la poursuite des jeunes filles qui portent les cheveux flottants ou en longues nattes. Quand ils ont réussi à couper les cheveux convoités, ils éprouvent toutes les sensations des rapports sexuels. Ils emportent chez eux les cheveux ainsi dérobés, et soit en les maniant avec amour, soit en les appliquant sur leurs organes génitaux, ils reproduisent ces mêmes sensations. Il est possible que les sensations tactiles jouent un rôle dans l'émotivité génitale des amants des cheveux et des étoffes. Féré admet cette interprétation à propos d'un jeune médecin chez qui l'éjaculation était amenée par le contact de la peau très fine des mains d'une vieille femme. Mais ce n'est pas toujours le cas, puisque la représentation mentale des cheveux est quelquefois suffisante pour déterminer l'orgasme génital.

Motet a publié [1] l'histoire détaillée d'un coupeur de nattes. Magnan, Garnier et d'autres auteurs ont rapporté des faits semblables.

Les *frotteurs*, auxquels nous avons déjà fait allusion à propos des exhibitionnistes, sont représentés par les malades qui ne peuvent se procurer des sensations génésiques complètes qu'en frottant leurs organes génitaux contre le corps d'une femme. Ordinairement ce sont les fesses des femmes qui exercent sur eux une véritable attraction, et surtout les fesses très proéminentes. Un malade de Magnan « raconte qu'il avait longtemps résisté à l'impulsion, mais qu'à la vue d'une dame dont le derrière était très saillant, il avait été *comme ébloui* et ne savait plus ce qu'il faisait ». Il avait été arrêté à une station d'omnibus, frottant sa verge sur la robe d'une dame qui attendait son tour pour monter en voiture. Un autre malade, cité par le même auteur, était un ancien onaniste qui, depuis deux ans, n'avait plus d'érection. « Depuis cette époque, il se sent poussé à des actes contre nature. A la tombée de la nuit, il se dirige vers les rassemblements, aux stations d'omnibus, auprès des bateleurs, il s'approche et se place derrière une femme, cherchant de préférence la plus grosse ; puis, il retire sa verge qui reste flasque et se frotte contre les fesses de sa voisine ». Tous les cas se ressemblent, d'ailleurs, et dans tous le *frottage* constitue un excitant indispensable pour obtenir la sensation génésique.

C'est naturellement dans les agglomérations, dans les foules quelconques que les frotteurs trouvent à se satisfaire : stations d'omnibus, rassemblements accidentels sur la voie publique, grands magasins, etc. Bien qu'il soit pleine-

[1] *État mental de P. poursuivi pour avoir coupé les nattes de plusieurs jeunes filles.* Annal. d'hygiène et de méd. lég., 1890. Voir aussi, H. Berbez, *Obsession avec conscience, aberration du sens génital.* Gaz. hebdom., 1890.

ment conscient de son ignominie et du danger qu'il court en s'y abandonnant, le malade, quand il se trouve placé dans ces circonstances favorables, ne peut résister à l'impulsion morbide.

6° *Masochistes.* — Le mot *masochisme* a été employé par Krafft-Ebing pour désigner l'état particulier d'un individu qui aime à être subjugué, humilié et même maltraité par un individu de sexe contraire, et pour qui cet abaissement (*passivité* ou *passivisme,* Stefanowsky) constitue l'excitant sexuel par excellence, sinon l'excitant unique. Ce mot est dérivé du nom de Sacher-Masoch, romancier qui s'est complu dans la description de ces états psycho-pathologiques.

Les malades de cette catégorie éprouvent le besoin impérieux de se faire battre, pincer, fouetter, piétiner par une personne de l'autre sexe, de lui lécher les pieds, de subir ses injures, etc., soit comme préparation nécessaire au coït, soit même pour arriver, sans autre manœuvre, à la satisfaction génésique complète. J.-J. Rousseau, ainsi que cela résulte de ses propres aveux, était un masochiste caractérisé [1].

Certains *masochistes* se contentent d'injures, de scènes de violence, qu'ils s'ingénient à provoquer par toute sorte de moyens, et notamment en excitant la jalousie de la personne aimée. D'autres veulent recevoir des coups, éprouver une douleur physique. C'est ainsi qu'un malade observé par Tardieu entrait en jouissance quand on lui marchait sur l'orteil. Un autre, dont parle Moll, n'éprouvait de satisfaction génitale que lorsque, avec une brosse, on lui frottait le dos jusqu'au sang. La sensation douloureuse le plus souvent recherchée est, d'après les auteurs, la flagellation des fesses. Aussi, doit-on bannir absolument de l'éducation des enfants un procédé de répression qui peut avoir de si fâcheuses conséquences.

En outre de la perversion génitale, un pareil état implique une autre aberration d'ordre plus général, et qui peut se rencontrer dans des conditions très variables, à savoir le goût et la recherche de l'humiliation, de l'avilissement volontaire ou, tout au moins, conscient.

Krafft-Ebing considère cette tendance, chez l'homme, comme une aberration très analogue à l'inversion sexuelle. A l'état normal, en effet, c'est chez la femme que l'amour présente un caractère de soumission, tandis que, chez l'homme, il affecte une attitude dominatrice. Par conséquent, d'après Krafft-Ebing, le cas d'un homme qui recherche la soumission en amour est pathologique, et, à lui seul, en dehors de toute perversion plus caractérisée, il constitue un premier degré d'inversion sexuelle. C'est là un point de vue discutable, mais assurément ingénieux.

7° *Sadiques.* — Le *sadisme,* auquel le fameux marquis de Sade a laissé son nom, est une perversion dans laquelle l'excitation génitale ne peut être obtenue qu'à la condition de faire souffrir ou de voir souffrir ; la souffrance de la victime éveille les sensations voluptueuses de celui qui la torture. C'est

[1] J.-J. Rousseau, *Confessions.*

l'alliance nécessaire de la cruauté et de l'amour, état inverse du précédent. Au lieu de s'offrir, comme le masochiste, aux injures ou aux coups, le sadique tourmente et frappe autrui (*tyrannisme*), et, s'il peut voir couler le sang, son excitation sexuelle atteint au plus haut degré [1].

L'instinct de cruauté du *sadique* s'adresse tantôt aux personnes et tantôt aux animaux : il frappe violemment une femme, il la pince, la mord jusqu'au sang ; il torture ou tue un animal quelconque ; le résultat est le même dans l'un et l'autre cas. Parfois il lui suffit, pour se mettre en état d'accomplir le coït, d'injurier grossièrement, de faire pleurer une femme.

Les manœuvres sadiques peuvent n'être qu'un excitant, indispensable, mais insuffisant par lui-même à produire la sensation génésique complète ; elles sont en pareil cas une simple préparation. Dans d'autres cas, le *sadisme* se suffit à lui-même, et un acte de cruauté peut, indépendamment de tout rapport sexuel, déterminer à lui seul l'érection et l'éjaculation. Parmi les faits dans lesquels le sadisme joue le rôle d'un simple adjuvant, mais, répétons-le, d'un adjuvant indispensable, Moll cite deux exemples empruntés à Krafft-Ebing. Dans le premier, il s'agit d'un homme qui ne pouvait avoir de rapports sexuels que si l'on tuait et martyrisait devant lui des poules. Le second est relatif à un homme qui, dans ses rapports sexuels, n'avait jamais pu aboutir ; il n'éprouva de jouissance complète qu'en violant une jeune fille, qui se débattait et criait de douleur. Gilles de Laval, maréchal de Retz, surnommé Barbe-Bleue, qui fut pendu et brûlé à Nantes, en 1440, pour ses meurtrières débauches, était un sadique qui s'attaquait de préférence aux enfants.

Magnan et Garnier ont publié l'observation d'un garçon de vingt et un ans qui, depuis *l'âge de six ans*, éprouve, à la vue d'une jeune fille ou d'un jeune garçon à peau fine et délicate, une excitation génitale vive, accompagnée du désir violent de mordre ou de manger un morceau de leur peau. Il a toujours pu résister à l'impulsion. Mais, depuis quelque temps, celle-ci étant devenue plus impérieuse, le malade n'a trouvé d'autre dérivatif que de couper des lambeaux de sa propre peau et d'y mordre à pleines dents, ou encore de brûler ses plaies avec des liquides corrosifs. Ce cas, on le voit, est complexe ; il tient à la fois des trois catégories que nous venons d'examiner.

Le fameux Vacher, l'éventreur de bergers, était un perverti sadique [2].

Nous nous bornerons à mentionner quelques autres aberrations, peut-être moins fréquentes, à coup sûr plus répugnantes que les précédentes et qui s'en distinguent plus ou moins.

Michéa a désigné sous le nom de *nécrophiles* des malades qu'une monstrueuse perversion pousse à rechercher des cadavres, à les déterrer même, pour satisfaire leur lubricité. L'histoire du sergent Bertrand [3] qui, en 1894,

[1] Régis a publié une très curieuse observation de sadisme. Régis. *Un cas de perversion sexuelle à forme sadique*, Lyon, Storck, 1899.

[2] J. V. Laborde. *Étude psycho-physiologique, médico-légale et anatomique sur Vacher*, communicat. à l'Acad. de méd., 20 mars 1900.

[3] Lunier. *Examen d'un cas de monomanie instinctive*, (affaire du sergent Bertrand). Annal. méd.-psych., 1849.

fut arrêté dans le cimetière Montparnasse et convaincu d'en avoir franchi les murs, plusieurs fois, pour déterrer des cadavres, est citée partout comme un cas de nécrophilie génésique des plus remarquables, des plus probants, bien que le sergent Bertrand se soit énergiquement défendu plus tard de toute impulsion ou tentative génitale [1].

Michéa, Brierre de Boismont, Lunier, ont rapporté d'autres faits analogues [2]. Dagonet (*Traité des maladies mentales*, 1894, p. 402) rappelle l'arrestation, en 1891, du cocher d'un hospice de la Rochelle, « qui avait commis d'odieuses profanations sur les corps de quelques femmes, mortes à l'hospice, quels que fussent l'âge des défuntes et la maladie qui avait occasionné la mort. Il avait lui-même avoué les faits qui lui étaient reprochés. »

Tardieu, Krafft-Ebing, Garnier ont parlé de *stercoraires*, de *renifleurs*, pour lesquels l'excitation génésique est liée à la vue, au contact ou à l'odeur des matières fécales, de l'urine, des papiers de water-closets, etc. Krafft-Ebing considère ces faits comme des variétés de *masochisme*, et il est incontestable qu'on ne saurait pousser plus loin le goût de l'avilissement le plus immonde.

Cependant, il ne s'agit, là encore, que d'une déviation maladive d'un phénomène physiologique, car on sait qu'à l'état normal, chez l'homme comme chez les animaux, les sensations olfactives produites par les sécrétions génitales sont un excitant génésique puissant.

La *bestialité* est encore une des formes de la perversion génitale. Elle consiste dans l'impulsion à s'accoupler avec les animaux. Ces faits ont été connus de tout temps. On les observe encore de temps à autre. Le Dr Hospital [3] rapporte le fait d'un individu qui, sous l'influence d'impulsions irrésistibles, tantôt se précipitait sur des jeunes filles pour les violer, et tantôt cherchait à se satisfaire avec des chiennes. Dans un travail de Magnan [4], nous trouvons l'observation d'un homme qui, à neuf ans, pratique le coït sur une poule. Plus tard, il utilise une génisse. Marié, ayant des rapports normaux avec sa femme, il se sert encore d'une chèvre. Une fille de vingt-deux ans, citée par le même auteur, est obsédée par l'idée de s'accoupler avec un chien ; elle résiste, elle lutte et elle parvient à détourner, à chasser l'obsession en regardant un autre animal, un bœuf ou un cheval.

8° *Inversion sexuelle.* — Jusqu'ici, les nombreuses aberrations sexuelles que nous avons décrites, pour étranges, pour monstrueuses qu'elles soient,

[1] V. Morel. *Annal. méd.-psych.*, 1866, t. VIII, p. 119.

[2] Annal. méd.-psych., 1850.

[3] *Curieuse observation de folie érotique avec autopsie*, Annal. méd.-psych., janvier 1891, p. 45.

[4] *L'obsession criminelle morbide*, Rapport au Congrès d'anthropol. criminelle de Bruxelles, 1892.

se rattachent encore à l'état physiologique par un point essentiel, fondamental : les sujets qui les présentent sont attirés vers des individus de sexe contraire, ils sont *hétéro-sexuels*. De sorte que, chez eux, peut-on dire, si le fonctionnement est perverti à son point de départ, à son origine, par suite du besoin d'une excitation anormale, la fonction n'est pas absolument atteinte dans son moyen, qui est l'accouplement, non plus que dans son but, qui est la reproduction.

Il existe une autre perversion, physiologiquement beaucoup plus grave, puisqu'elle atteint la fonction génitale dans sa raison d'être, en supprimant la possibilité même de la reproduction. Cette perversion est désignée par les Allemands sous le nom de *sensibilité sexuelle contraire* (conträre-sexualempfindung), et par les Français, depuis Charcot et Magnan, sous le terme beaucoup plus clair, d'*inversion du sens génital*. Elle consiste dans la tendance génésique *vers un individu du même sexe*, accompagnée d'une répulsion vive, quelquefois insurmontable, pour le sexe contraire. On la designe encore par le terme *homo-sexualité*, par celui d'*uranisme* (Ulrichs, 1860).

L'inversion du sens génital ou, plus brièvement, l'*inversion sexuelle*, a été signalée par Casper (1852), par Griesinger (1868). Mais son étude vraiment scientifique n'a commencé qu'avec les travaux de Westphal (*Archiv. f. psychiat.*, 1870 et 1876). Puis, sont venus les remarquables travaux de Gock (1875), de Charcot et Magnan (1882), de Krafft-Ebing, de Moll, de Chevalier, etc. On en trouve d'intéressantes observations dans plusieurs publications de Magnan et de ses élèves (Legrand, Saury, Sérieux), dans le livre de Garnier, dans un travail de G. Ballet, etc.

Voici, pour fixer les idées sur ce qu'il faut entendre par *inversion du sens génital*, le résumé de deux observations, dont l'une est empruntée à Charcot, et dont l'autre est due à G. Ballet.

Un professeur de faculté, très intelligent, doué de goûts artistiques, a vu, à l'âge de huit ans, un soldat qui se masturbait. Il l'imite, et il ressent une sensation agréable en pensant à ce soldat. Dès lors, le souvenir d'hommes nus l'excite génitalement, leur vue encore davantage. Les hommes jeunes, beaux et forts l'impressionnent vivement ; les statues d'hommes nus lui produisent le même effet. Il a des goûts féminins, il s'intéresse beaucoup aux toilettes de femme. Mais il n'éprouve *aucun désir en présence des femmes*, le nu féminin le laisse complètement indifférent. Il a des rêves érotiques dans lesquels il n'évoque jamais que des hommes nus, cette évocation s'accompagne de pollutions. Dans son enfance, le sujet avait des propensions au vol. Plus tard, il a été atteint d'arithmomanie. Il a quelquefois des crises hystériformes. Sur le conseil de ses médecins, ce malade s'est essayé aux relations sexuelles avec des femmes. Après un certain nombre d'essais infructueux, il a fini par obtenir des résultats, et, à sa grande joie, il a vu son état s'améliorer[1].

[1] Charcot et Magnan. *Archiv. de Neurol.*, 1882.

Le malade de G. Ballet[1] est un homme de quarante-sept ans, d'une intelligence ordinaire, plutôt faible, et d'un caractère timide. Il passe pour un peu original, mais il gère bien ses affaires, qui sont importantes. Il raconte qu'il a toujours eu des goûts et des appétits de femme. *Dès la puberté,* il a éprouvé une tendance génésique vers les hommes. Il n'a *jamais eu aucun désir pour une femme*. Souvent, il a cherché à avoir des rapports avec des femmes, mais toujours sans succès ; deux fois seulement, il a pu éjaculer, mais c'est parce qu'il a évoqué l'image d'un homme. « Deux fois, dit-il, j'ai rencontré des gens qui m'ont fait des propositions déshonnêtes. J'ai repoussé ces propositions, mais j'avais le plus vif désir de les accepter. J'ai l'occasion de revoir quelquefois une des personnes qui ont ainsi cherché à entrer en relations avec moi et, bien que j'aie pour elle peu d'estime, j'éprouve à la voir un plaisir extrême. Je lutte autant que je puis le faire, mais la vie est devenue pour moi insupportable, et je suis vraiment très malheureux. » Comme la plupart de ces malades, cet homme a une lourde hérédité névro-psychopathique. Il présente d'autres anomalies : très émotif, irrésolu, il a eu des accès de doute angoissant.

Un grand nombre de cas de pédérastie chez l'homme et de saphisme chez la femme rentrent dans la catégorie de l'*inversion sexuelle*. Nous disons un grand nombre, car ici, plus que dans les autres perversions, il faut tenir compte des faits dans lesquels une curiosité malsaine, la recherche de sensations nouvelles née de la satiété, jouent un rôle déterminant et se substituent à la tendance instinctive, à l'impulsion. Mais, ainsi que nous l'avons déjà dit, ne devient pas pédéraste qui veut, et les faits de dépravation pure et simple, sans tendance innée, sont exceptionnels.

Certains caractères, étrangers à l'acte génital lui-même, peuvent servir utilement à établir le diagnostic de l'inversion vraie. On a signalé (Westphal, Krafft-Ebing, Magnan, Moll, Sérieux) le goût des hommes pour les occupations féminines : ils cultivent la broderie, la tapisserie et autres ouvrages de femme, ils aiment à s'habiller en femme, ils ornent et disposent leurs appartements comme des boudoirs. Entre eux, ils se donnent souvent des prénoms féminins, ils s'écrivent des lettres d'amour enflammées, etc., etc. Chez les femmes inverties, on observe des goûts et des tendances opposés, le dédain pour les occupations habituelles à leur sexe.

Quelques-uns de ces malades, tout en ayant les organes génitaux normalement conformés, présentent certains caractères du sexe opposé : chez les hommes, absence de poils sur le corps, formes et démarche féminines, voix aiguë, développement des mamelles avec sécrétion lactée, et, chez les femmes, formes et voix viriles, développement exagéré des poils, rétrécissement du bassin, atrophie des mamelles, etc. (*Gynandres,* de Krafft-Ebing). Malheureusement, ces modifications anatomiques, dont l'importance serait considérable, ne sont ni spécifiques, ni même fréquentes.

Si l'on s'en tient aux observations publiées, l'*inversion sexuelle* serait plus fréquente chez l'homme. Mais ce n'est peut-être là qu'une apparence,

[1] *Archiv. génér. de méd.,* 1888.

cette perversion étant beaucoup plus facile à dissimuler et à satisfaire chez les femmes. Westphal et Gock ont rapporté chacun un fait d'inversion relatif à des filles d'un niveau intellectuel peu élevé. Pour les détails, les choses se passent exactement comme chez les hommes. Krafft-Ebing, Chevallier, Sérieux, Moll, en ont donné aussi des observations.

Indépendamment des cas typiques et développés sur un terrain spécial, on a noté des faits d'*inversion sexuelle* passagère chez des maniaques et chez des mélancoliques (Westphal, Krafft-Ebing, Magnan).

On a décrit également des cas d'*inversion sexuelle acquise,* se développant dans les agglomérations d'hommes (collèges, marins, etc.). Mais il semble bien qu'il s'agisse plutôt de dépravations momentanées, résultant d'une continence forcée et longtemps maintenue.

Enfin, il existerait des faits du même genre dans certaines agglomérations d'animaux (Huber, Lombroso), de même qu'il n'est pas très rare de voir des chiens mâles, par exemple, s'essayer entre eux au coït. Ces faits doivent être plus complètement étudiés, si l'on veut en tirer des conclusions scientifiques.

Provisoirement, et pour éviter des répétitions interminables, nous avons établi une sorte d'opposition entre les *perversions simples,* c'est-à-dire dans lesquelles le malade s'adresse encore à un individu du sexe opposé (hétéro-sexualité), et l'*inversion du sens génital* (homo-sexualité).

Nous devons ajouter maintenant que cette opposition disparaît souvent en fait. Beaucoup de pervertis ne deviennent jamais des invertis, mais il est fréquent d'observer chez les invertis les perversions que nous avons décrites avant l'inversion sexuelle. Toutes peuvent s'y associer. On se trouve alors en présence d'une *perversion double,* atteignant à la fois le fond et la forme de la fonction génitale. Dans ces faits complexes, le *fétichisme*, le *sadisme*, le *masochisme* et toutes les différentes perversions se présentent avec les mêmes caractères que nous connaissons déjà. On en trouve des exemples très probants, en particulier dans les ouvrages de Krafft-Ebing, de Chevallier, de Moll et de Garnier. Ce dernier auteur rapporte, entre autres, la longue observation d'un homme, inverti sexuel, qui avait en même temps et à un très haut degré, le fétichisme des *bottes vernies d'hommes*. Il les caressait amoureusement, il les flairait avec transports, il les mettait dans son lit, etc. La vue, le contact, l'odeur de ces bottes, suffisaient, suivant les dispositions du moment, à provoquer l'érection et l'éjaculation.

Krafft-Ebing classe de la façon suivante les diverses modalités que peut présenter l'*inversion sexuelle* congénitale :

a. L'*hermaphrodisme psycho-sexuel,* dans lequel, avec une prédominance marquée de l'inversion, des tendances homo-sexuelles, on trouve des traces de tendances hétéro-sexuelles, normales.

b. L'*homo-sexualité,* ou penchant sexuel *exclusif* vers les individus du même sexe, avec répulsion pour les individus de sexe différent.

c. L'*efféminalion,* dans laquelle la *constitution psychique* dans son ensemble est modifiée dans le sens de l'inversion sexuelle, subit une déviation correspondante à cette inversion.

d. L'androgynie, caractérisée par des modifications *organiques,* par une *transformation physique* en rapport avec l'inversion sexuelle (type masculin chez la femme, type féminin chez l'homme).

Cette classification embrasse à peu près tous les cas, au moins tous ceux qui sont bien tranchés. Mais, ainsi que nous avons eu l'occasion de le dire à plusieurs reprises, il existe, ici comme ailleurs, des faits qui débordent tous les cadres, qui échappent à toute classification systématique. On trouve dans l'ouvrage de Moll (*loc. cit.*) des cas intermédiaires, participant des caractères attribués à plusieurs des catégories précédentes. Par exemple, certains invertis efféminés (3e catégorie de Krafft-Ebing), parfaitement caractérisés, peuvent par moments avoir des rapports avec des femmes et y trouver satisfaction complète (1re catégorie), etc.

9° *Hermaphrodisme psycho-sexuel.* — L'*hermaphrodisme psychique* est caractérisé par un penchant *variable*, portant tantôt sur l'homme et tantôt sur la femme.

Casper avait signalé cette transposition du penchant sexuel chez des sujets dépravés qui, ayant abusé de la femme, en arrivent à une sorte de dégoût pour elle ; ces cas rentrent dans la *pédérastie acquise.* Mais, d'après certains auteurs, d'après Moll, en particulier, il est des cas où la variation de l'attraction sexuelle est indépendante de toute espèce d'abus et de dépravation, où elle est précoce et réellement *primitive.*

Comme toutes les perversions que nous avons étudiées, l'*hermaphrodisme psychique* présente des degrés différents, selon les cas. Par exemple, l'anomalie peut être très restreinte, n'exister que par rapport à un seul individu : un homme éprouve un penchant très particulier pour un autre homme. Chaque fois qu'il le voit, ses tendances génitales s'éveillent, et, dans cette circonstance, il devient un véritable inverti sexuel. Mais, chose remarquable, l'excitation génitale ne se reproduit chez ce sujet pour aucun autre homme, et, en dehors de ce fait particulier, l'appétit génital pour les femmes est intact, le sujet est tout à fait normal au point de vue sexuel.

Dans un second cas, l'excitation génitale n'est pas limitée à un individu en particulier, elle s'étend à toute une catégorie : sujets bruns ou blonds, vieillards, militaires, domestiques, en un mot, sujets appartenant à un certain type, le type opposé étant complètement indifférent (Krafft-Ebing, Tarnowski, Moll). Pour ces deux premières catégories de malades, on peut dire que l'hermaphrodisme psychique est *systématisé.*

Un troisième groupe comprend les cas les plus complets et aussi peut-être les plus rares, ceux dans lesquels un sujet présente un égal penchant tantôt pour le sexe masculin en général, et tantôt pour le sexe féminin, qu'il s'agisse des blonds ou des bruns, des blondes ou des brunes. « Chez un grand nombre de ces hermaphrodites, dit Moll, le sexe de l'individu vers lequel ils se sentent sexuellement attirés ne joue aucun rôle. Ils ont un penchant pour un certain type, et le sexe du type n'est, pour eux, d'aucune importance. Ce qui joue le rôle principal dans leur passion, c'est la tête de l'individu, les uns aimant

une tête blonde avec des cheveux coupés courts, d'autres des traits fins, etc., abstraction faite de ce que la tête appartient à un homme ou à une femme. » C'est là encore un mode de systématisation.

Nous devons nous borner à mentionner l'*hermaphrodisme physique*. Au point de vue anatomique, ainsi qu'au point de vue de ses conséquences médico-légales possibles, il est étranger à l'objet de notre étude, et nous ne pouvons que renvoyer aux ouvrages spéciaux [1]. On sait que l'hermaphrodisme est divisé en *interne* ou vrai et en *externe* ou apparent. Longtemps contesté, l'hermaphrodisme vrai, qui consiste dans la coexistence d'ovaires et de testicules, est aujourd'hui admis comme une réalité. Il est beaucoup plus rare que l'hermaphrodisme externe. Celui-ci est caractérisé, chez le mâle, par l'hypospadias et la cryptorchidie; quand l'hypospadias est très accentué, la soudure de la fente uro-génitale peut être incomplète au point de laisser subsister une dépression profonde, analogue à une vulve, et suffisante pour permettre des rapprochements sexuels. Chez la femme, l'hermaphrodisme externe résulte principalement d'un développement anormal du clitoris. De là des erreurs de sexe assez fréquentes, et dont les conséquences peuvent être fort graves.

La seule chose qui nous intéresse directement ici, c'est que ces sujets de sexe douteux présentent aussi, ordinairement, des tendances génitales ambiguës ou anormales. Les uns sont dans un état de frigidité complète. Les autres sont *hermaphrodites psychiques* comme ils le sont par leur constitution physique. D'autres enfin n'ont que des tendances homo-sexuelles, sont complètement invertis au point de vue génital. S'il est vrai que l'éducation vicieuse qu'ils ont reçue, du fait même de l'incertitude de leur sexe, puisse expliquer dans certains cas les perversions que présentent ces sujets, il n'en est pas moins certain que la déviation organique s'accompagne primitivement, et en dehors de toute éducation vicieuse, d'une déviation fonctionnelle et psychique, puisque les perversions génésiques se rencontrent également chez ceux de ces sujets qui, n'ayant pas été victimes d'une erreur de sexe, ont reçu une éducation conforme à leur sexe réel.

Après l'étude que nous venons de faire, il est facile de voir que le classement rigoureux des perversions sexuelles est très malaisé, telle perversion pouvant être légitimement placée dans l'une ou l'autre des catégories établies, telle autre participant des caractères de plusieurs de ces catégories. C'est ainsi, par exemple, que le malade dont nous avons résumé l'observation, d'après Magnan et Garnier, est à la fois *sadique* (impulsion à mordre la peau d'une jeune fille) et *fétichiste corporel*, puisque l'excitation spéciale est nécessairement liée à la vue ou au contact d'un lambeau de peau. C'est ainsi encore que la limite entre le *fétichisme* et le *masochisme* est souvent incertaine, puisqu'un même fait peut être, suivant les auteurs, diversement classé (par exemple, *renifleurs*, *stercoraires*, etc.).

Malgré toutes ces difficultés, Magnan a tenté une véritable classification,

[1] Consulter :
Art. des diction. J. Chevalier. *L'inversion sexuelle*, 1893. Dailliez. *Les sujets de sexe douteux*, th. Paris, 1893. E. Laurent. *Les Bisexués*, Paris, 1894.

d'après des données anatomo-physiologiques. Nous la donnons ici, en faisant observer qu'elle ne résout aucunement la difficulté et qu'elle est passible des objections faites aux simples classements d'après les caractères de l'acte. Magnan établit quatre groupes [1] :

« Les *spinaux,* qui forment le premier groupe, sont réduits au réflexe simple, leur domaine se trouve limité à la moelle, au centre génito-spinal de Budge. C'est l'onanisme chez l'idiot complet.

« Pour les seconds, les *spinaux cérébraux postérieurs,* le réflexe part de l'écorce cérébrale postérieure et aboutit à la moelle. La vue seule, l'image d'un sujet de sexe différent, quelles que soient ses qualités, qu'il soit beau ou laid, jeune ou vieux, provoque l'orgasme vénérien. C'est l'acte instinctif purement brutal.

« Un troisième groupe comprend les *spinaux cérébraux antérieurs.* Le point de départ du réflexe est dans l'écorce cérébrale antérieure; c'est une influence psychique, comme dans l'état normal, qui agit sur le centre génito-spinal; mais l'idée, le sentiment ou le penchant sont ici pervertis. Nous verrons, en effet, le penchant anormal d'une femme pour un garçon de deux ans. D'autre part, l'acte conjugal, chez un homme, sous la dépendance exclusive du souvenir de la tête d'une vieille femme ridée, couverte d'un bonnet de nuit. Par suite, frigidité complète, tant que l'image n'est pas évoquée.

« Enfin, les *cérébraux antérieurs* ou *psychiques;* ce sont des extatiques, des érotomanes. Un jeune élève des Beaux-Arts vit dans la chasteté absolue; son amour, c'est Myrtho réfugiée dans une étoile, il contemple tous les soirs cette étoile, lui adresse des vers, brûle de l'encens. »

Il est peut-être inutile de faire remarquer le caractère théorique de cette classification, puisqu'elle repose exclusivement sur des localisations qui n'ont rien de définitif et dont la plupart sont fort contestées.

Bibliographie. — Anomalies et perversions sexuelles. — Esquirol. *Maladies mentales* (Erotomanie), 1838, t. II. — Marc. *De la folie,* etc. (Erotomanie, Aidoiomanie), 1840, t. II. — H. Kaan. *Psychopathia sexualis,* Leipsig, 1844. — Lunier. *Examen d'un cas de monomanie instinctive.* Affaire du sergent Bertrand, Annal. méd.-psych., 1849. — Tardieu. *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs.* 1858. — Westphal. *Contrare Sexualempfindung,* Archiv. f. Psychiat. 1870 et 1876. — Lasègue. *Les exhibitionnistes,* Union médicale, mai 1877. — Gock. *Beitrag zur Kenntniss der contrare Sexualempfindung,* Archiv. f. Psych. 1875. — Krafft-Ebing. *De la sexualité contraire au point de vue clinique et médico-légal,* Allgem. Zeits. f. Psychiat., 1882. *Psychopathia sexualis* 2e édit., 1887, traduction française sur la 8e édit., 1895. — Charcot et Magnan. *Inversion du sens génital et autres perversions sexuelles,* Archiv. de Neurol., 1882. — Magnan. *Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles,* Communic. à l'Acad. de méd., janv. 1885. *Des exhibitionnistes,* Communic. à la Soc. de méd. légale, 12 mai 1890. *L'Obsession criminelle morbide,* Rapport au Congrès d'Anthrop. crim., Bruxelles 1892. *Recherches sur les centres nerveux,* Paris, 1893. — Tarnowski. *Les phénomènes morbides du sens sexuel,* St.-Pétersbourg, 1884, et Berlin,

[1] *Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles.* Magnan. Com. à l'Acad. de méd., 13 janvier 1885, et Annal. méd.-psych., mai 1886.

Hirschwald, 1886, Anal. in Annal. d'hyg. et de méd. lég., 1886, t. XIV. — J. Chevallier. *De l'inversion de l'instinct sexuel,* Paris, Doin, 1885. *L'inversion sexuelle,* Paris, Masson, 1893. — P. Sérieux. *Les anomalies de l'instinct sexuel,* th. Paris, 1888. — Motet. *Étai mental de P. poursuivi pour avoir coupé les nattes de jeunes filles,* Annal. d'hyg. et de méd. lég., 1890. — Binet. *Le fétichisme dans l'amour,* 1891. — Ball. *La folie érotique,* l'Encéphale, 1887. — A. Moll. *Les perversions de l'instinct génital,* traduct. franç., Paris 1893. — Ch. Vallon. *Un fétichiste honteux,* Annal. d'hyg. et de méd. lég., 1895, t. XXXIV — P. Garnier. *Les fétichistes, pervertis et invertis sexuels,* Paris, 1896. — Laupts, *Perversion et perversité sexuelles,* Paris, 1896. — Legrain. *Des anomalies de l'instinct sexuel et en particulier de l'inversion du sens génital,* Paris, 1896. — Ch. Féré, *L'instinct sexuel,* Paris, Alcan, 1899. — P. Garnier. *Le Sadi-fétichisme,* Annal. d'hygiène et de méd. lég., févr.-mars 1900.

CHAPITRE IV

ÉTATS MORBIDES TRANSITOIRES DE L'INTELLIGENCE

(Délires, accidents mentaux.)

Toutes les formes de délire peuvent être observées chez les sujets déséquilibrés. Leurs aptitudes délirantes, très développées, entrent en jeu sous les influences les plus minimes, et elles s'adaptent avec une extrême facilité soit à la nature même de la cause occasionnelle, soit aux tendances antérieures du malade, soit enfin aux circonstances du moment.

Tous les événements de la vie, quels qu'ils soient, sont capables d'éveiller les tendances délirantes de ces sujets. Les maladies, même peu graves, les émotions de tout genre, même légères, les crises physiologiques (puberté, ménopause, grossesse), donnent lieu fréquemment à des troubles délirants, d'une intensité variable. La prédisposition étant au maximum, les causes occasionnelles les plus insignifiantes suffisent à rompre l'équilibre cérébral instable et à faire apparaître le délire. C'est là une première et importante différence qui distingue les déséquilibrés des délirants ordinaires. Aussi, voit-on fréquemment ces sujets délirer dès l'enfance, à six ans, à cinq ans, à quatre ans. Saury a observé, dans le service de Magnan, un cas de mélancolie avec idées de suicide, chez un jeune héréditaire de quatre ans.

D'autres particularités tiennent à l'état mental habituel des sujets. La résistance cérébrale étant chez eux très faible (*cerveaux invalides* des Allemands), le délire n'exige pas pour se développer la période d'incubation relativement longue, nécessaire chez les sujets plus normaux ; il apparaît brusquement, en quelques jours, parfois en quelques heures (*délires d'emblée*). Il est fréquent aussi de voir l'équilibre se rétablir brusquement, et le délire disparaître avec la même rapidité qu'il avait eue à son apparition. Mais parfois aussi les conceptions délirantes se fixent rapidement dans une formule donnée et y persistent indéfiniment sans se modifier d'une manière appréciable.

Enfin, la désharmonie qui caractérise les fonctions cérébrales se retrouve dans l'enchaînement et dans la marche des conceptions délirantes, qui ont pour caractères dominants le polymorphisme et l'irrégularité. Les idées délirantes sont multiples, de formules très diverses : hypocondriaques, de persécution, ambitieuses, mystiques, etc ; elles se mêlent, se succèdent, se remplacent, disparaissent pour revenir ensuite, sans aucun ordre et sans logique saisissable. Elles affectent souvent une marche rémittente ou intermittente. Elles ne sui-

vent généralement aucune évolution régulière, même dans les délires systématisés. Il s'ensuit que les éléments de pronostic sont beaucoup plus variables, et il n'est pas absolument rare de voir se terminer par la guérison, chez ces malades, des délires systématisés qui durent depuis très longtemps et qui présentaient les caractères de la chronicité.

En définitive, les traits caractéristiques de l'état mental que nous avons décrit se retrouvent dans les diverses modalités délirantes, chez les déséquilibrés; leurs délires ne sont pas différents par leur contenu de ce qu'ils sont chez les sujets antérieurement normaux, mais ils s'en distinguent profondément par leur mode de développement, par leurs caractères généraux, par les rapports des idées délirantes entre elles, par leur marche et par leur terminaison.

Ces caractères, bien mis en lumière par Morel, sont acceptés par la généralité des auteurs.

« Les folies héréditaires, dit Morel, se distinguent des autres variétés d'aliénation par leur explosion plus subite, plus instantanée, sous l'influence de la moindre cause déterminante. Les périodes d'alternance et de rémittence sont mieux marquées. La cessation subite des phénomènes délirants est en rapport avec leur instantanéité. Dans d'autres circonstances, la fixité des idées délirantes sur un même point, le *statu quo* d'une situation maladive immodifiable dépassent quelquefois par leur durée et par leur persistance tout ce que l'on observe dans les autres variétés. Dans nulle autre forme, on ne remarque chez les malades une tendance aussi grande à la systématisation de leurs idées délirantes. »

D'après Legrand du Saulle, les « héréditaires délirent avec une étonnante facilité,... pour la moindre émotion, pour la contrariété la plus légère. Les maladies intercurrentes les plus insignifiantes, un coryza, une fièvre éphémère, sont une occasion presque certaine de délire... Le plus souvent, ce délire, qui débute sous l'influence de la cause la plus insignifiante, est transitoire; il disparaît aussi rapidement et aussi subitement qu'il s'est développé. Mais quelquefois il s'établit définitivement, il ne disparaît plus. »

« Sous la mélancolie et la manie héréditaires, différents délires se produisent brusquement et sans préparation; ils sont mobiles, changeants et passagers; les idées sont excentriques, illogiques, sans rapports entre elles, se contredisent et ne concordent même pas avec la forme de la maladie (ainsi des idées de grandeur éclatent brusquement au milieu d'un délire mélancolique micro-maniaque). Les types cliniques sont rarement bien caractérisés; on y retrouve l'instabilité native de l'intelligence des héréditaires... Enfin, un dernier trait caractéristique est l'apparition précoce de ces états psychopathiques, reparaissant parfois périodiquement, ... sans cause extérieure ou pour la cause la plus légère. » (Schule [1].)

Pour Magnan également [2] « les héréditaires délirent d'une façon qui leur

[1] Traité, p. 434.
[2] Magnan. *Lecons cliniques sur les maladies mentales*, Paris, 1882-1891.

est spéciale, et leur délire a des caractères typiques, parfaitement reconnaissables. Le principal consiste dans la brusque apparition des idées délirantes; en quelques heures, en quelques jours, tout au plus en quelques semaines, on voit se développer un délire très intense qui peut affecter toutes les formes (maniaque, mystique, érotique, ambitieuse, etc). Le délire évolue rapidement, il peut être simple, c'est-à-dire n'être constitué que par une seule forme, mais, fréquemment, on voit plusieurs formes se succéder, et tel malade qui était hier ambitieux, est aujourd'hui persécuté, dans quelques jours il sera hypocondriaque. Voilà une manière de délirer qui est le propre des héréditaires. C'est ce qui constitue le *délire d'emblée* (délire primaire de Krafft-Ebing et de Schule). Il cesse ordinairement brusquement, comme il est venu, après avoir occupé la scène pendant un court espace de temps. »

Saury et Legrain développent dans le même sens les idées de Magnan. Les délires, chez les dégénérés, apparaissent sous des influences insuffisantes pour expliquer leurs effets en dehors d'une prédisposition bien nette... Ils se développent d'ordinaire brusquement, quelquefois d'une manière presque instantanée, sans prodromes, sans préparation aucune, à la manière du délire épileptique. Le polymorphisme et l'absence d'évolution régulière en sont les caractères principaux. Les intermittences et les rémissions y sont habituelles. Quant à la terminaison, si la guérison est fréquente, les récidives sont nombreuses, et la démence, soit rapide et précoce, soit lente et tardive, est loin d'être rare (Legrain, thèse, 1886).

D'après Saury[1], il n'est pas rare de rencontrer le délire chez des enfants de huit ou six ans. « J'ai observé, dit-il, dans le service de Magnan, un cas de mélancolie avec idées de suicide, chez un jeune héréditaire de quatre ans. » Ce délire a des caractères propres : « Ici encore, l'irrégularité va dominer la scène. Généralement, le début de l'accès est brusque. Souvent sans cause déterminante appréciable, le délire éclate, subit, presque instantané, s'exemptant de cette incubation toujours longue chez les autres malades. Les idées se mêlent, multiples, confuses, pénibles ou gaies, se succédant ou se combinant sans la moindre règle; d'autres fois, au contraire, se fixant sur un même point, tenaces et persistantes... Il n'existe pas de forme vésanique où les impulsions, les actes violents soient plus prompts et plus automatiques, tenant moins de l'hallucination que de l'instinctivité... La terminaison de ces accidents est aussi imprévue que leur marche ; s'ils surviennent très vite, ils s'amendent de même et peuvent cesser au moment où l'on s'y attend le moins. Mais les rechutes ne sont jamais plus fréquentes que chez ces aliénés, les alternatives plus désespérantes; la guérison même, toujours instable, reste sous la menace constante d'une nouvelle poussée morbide. » Chez le dégénéré, « loin d'indiquer la systématisation et la chronicité, le délire ambitieux n'a plus de caractère et peut disparaître du jour au lendemain; l'expression des idées délirantes ne suit aucun ordre

[1] Saury. Étude clinique sur la folie héréditaire, Paris, 1886.

distinct, les manifestations les plus diverses peuvent apparaître, se combiner, alterner sans évolution précise. »

Les formes délirantes plus spéciales aux déséquilibrés sont : l'*exaltation maniaque*, la *mélancolie raisonnante*, les *délires transitoires* et les *délires systématisés d'emblée.*

1° Excitation ou exaltation maniaque. — L'*exaltation maniaque,* décrite par J. Falret[1], n'est souvent que le premier degré de la manie, et le passage de l'une à l'autre s'effectue plus ou moins rapidement. A ce même titre de phase de transition à un état plus grave, elle existe aussi, assez fréquemment, au début de la paralysie générale. Mais on l'observe surtout, avec ses caractères particuliers, d'abord dans la phase d'excitation des folies à double forme et circulaire, ensuite chez les sujets déséquilibrés, que nous étudions dans ce chapitre. Après la description que nous en avons donnée à propos des psychoses périodiques, nous nous bornerons à rappeler ici les traits principaux de cet état morbide, qui n'est que l'exagération momentanée de l'excitabilité ordinaire de ces malades.

L'exaltation maniaque a pour caractères essentiels « la surexcitation générale de toutes les facultés, l'activité exagérée et maladive de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté, ainsi que le désordre des actes, sans trouble considérable de l'intelligence et sans incohérence du langage » (J. Falret).

L'activité motrice est très développée, le malade ne peut rester en place, il va et vient sans cesse, il gesticule continuellement, et il ne semble pas connaître la fatigue. Il est d'une loquacité intarissable, il ne peut garder pour lui les idées et les projets qui pullulent dans son cerveau. Une hypermnésie véritable lui fournit en abondance des souvenirs multipliés, qui donnent à sa conversation la variété, l'imprévu et souvent un attrait réel. Des tournures imagées et pittoresques se rencontrent d'ordinaire dans les paroles et dans les nombreux écrits de ces malades. Les ressources de leur imagination se multiplient, et ils forment toute sorte de plans et de projets, qu'ils exposent avec une verve communicative.

Si on ne voit un tel malade qu'une fois et pendant un temps très court, son état pathologique peut fort bien passer inaperçu. Mais, si on l'examine un peu longuement, on reconnaît sous cette variété apparente, une véritable monotonie, des répétitions nombreuses, et on est frappé du caractère automatique et en quelque sorte impulsif de cette activité. On remarque, en outre, que l'association des idées laisse à désirer, qu'elle est un peu livrée au hasard, que le sujet passe d'une idée à l'autre sans aucune logique, qu'il s'égare dans des digressions copieuses sans rapport avec l'ordre des idées dont il s'agissait d'abord, etc. En somme, l'abondance et l'apparente variété des paroles dissimulent mal une certaine incohérence des idées. Si on cherche à étudier les projets dont il fatigue son interlocuteur, on ne tarde pas à voir qu'ils sont mal conçus, qu'ils reposent sur des suppositions ou sur des chimères, qu'ils trahissent en réalité une véritable indigence de la pensée et

[1] *Folie raisonnante ou folie morale*, Annal. méd.-psych., 1866.

qu'ils aboutissent à l'absurde. Enfin, si la parole est vive et animée, l'expression est ordinairement disproportionnée, souvent risquée et inconvenante; le malade est familier jusqu'à l'indiscrétion, il ne tient aucun compte de la qualité et de l'âge des personnes devant lesquelles il se trouve, et il se livre le plus naturellement du monde à des incongruités de langage et de conduite. Cet ensemble de signes montre bien qu'en réalité l'intelligence est troublée chez les excités maniaques. Dans certains cas, des idées de grandeur exprimées avec plus ou moins de netteté rendent le trouble intellectuel évident.

L'altération des sentiments et des instincts est plus apparente que le désordre intellectuel. Elle se traduit aussi par une grande excitabilité et par l'exaltation du sentiment de la personnalité. Les malades deviennent susceptibles et orgueilleux, difficiles à vivre, très égoïstes; ils montrent des dispositions malveillantes et agressives, ils se plaisent à taquiner, à blesser par des mots piquants les personnes de leur entourage. Ils excellent à découvrir leurs défauts ou leurs ridicules, ils en inventent au besoin, comme ils n'hésitent pas à inventer les calomnies les plus pénibles, les plus graves, pour s'en servir de façon « à établir partout la guerre et le désordre autour d'eux, et à rendre toute vie de société impossible » (J. Falret). Très irascibles, ils n'admettent pas la discussion et s'emportent si on les contredit, mais ils discutent perpétuellement et contredisent les idées des autres. Par cette disposition, ils suscitent à chaque instant des querelles et des violences. Ces tendances irritables, agressives et méchantes sont souvent en opposition complète avec l'état habituel des sujets.

Chez les individus éminemment instables dont il s'agit dans ce chapitre, de minimes influences suffisent à faire éclore brusquement un accès d'exaltation maniaque qui peut se prolonger assez longuement : les excès de toute nature, surtout alcooliques, une affection fébrile légère, des discussions passionnantes et prolongées, une campagne politique, etc., telles sont les causes capables de déterminer cet état, qui, après quelques semaines ou quelques mois, se termine par la guérison. Quelquefois, l'excitation maniaque se transforme assez rapidement en une manie délirante, également curable. Il est bien entendu que nous excluons de ce pronostic favorable les cas en rapport avec la folie circulaire ou avec une paralysie générale. C'est là une question de diagnostic que l'on trouvera discutée aux articles *Psychoses périodiques* et *Paralysie générale*.

2° Mélancolie raisonnante, ou hypocondrie morale avec conscience de son état (J. Falret). — Esquirol avait décrit, sous le nom de *lypémanie raisonnante*, un état mélancolique caractérisé par une altération des sentiments et par des impulsions involontaires plutôt que par des troubles intellectuels proprement dits. D'autres auteurs ont désigné le même état sous le nom de *mélancolie sans délire* (Lorry), de *mélancolie morale*. Tenant compte de ses rapports avec l'hypocondrie, J. Falret applique à cette affection le terme d'« hypocondrie morale avec conscience de son état ». Elle serait plus fréquente chez la femme (Krafft-Ebing).

L'état fondamental de ces malades est une dépression générale et douloureuse, accompagnée d'un empêchement plus ou moins complet des fonctions psychiques. Toujours attristés, voyant tout en noir, ils ne s'intéressent à rien, la joie des autres les offusque et les blesse, et ils ne reçoivent du monde extérieur que des sensations contraires et douloureuses : « Tout leur paraît décoloré, dit J. Falret, et sans attrait; ils sont profondément découragés, et souvent même la vie leur est à charge. Ils sont, au moral, ce que les hypocondriaques sont au physique. Ayant parfaitement conscience de leur état, ils s'en affligent et s'en alarment, et en exagèrent même tous les symptômes. Ils sentent que tout est changé en eux et au dehors, et se désolent de ne plus apercevoir les choses à travers le même prisme qu'autrefois... Se croyant atteints d'une maladie incurable, contre laquelle on ne peut rien, ils regrettent leur intelligence évanouie, leurs sentiments éteints, leur énergie disparue : ils ont peur de devenir complètement aliénés et de tomber dans la démence et dans l'idiotisme. » Ils se reprochent de n'avoir plus de cœur, d'avoir perdu tout sentiment, toute affection pour leurs proches, etc. Et, en effet, leur mauvaise humeur habituelle les porte souvent à quereller, à injurier, à maltraiter leur entourage (Krafft-Ebing).

Leur volonté est aussi gravement atteinte. Ils ne peuvent se décider à rien, ils flottent d'un parti à l'autre, « ils veulent et ils ne veulent pas » (J. Falret). Livrés à eux-mêmes, dépourvus de toute initiative, de toute espèce d'énergie, ils sont nonchalants, inertes, ils restent habituellement dans l'immobilité, faute de trouver, soit en dehors, soit en eux-mêmes, des mobiles d'action, ils négligent leur toilette, renoncent aux soins de propreté. Ils n'ont plus qu'une volonté *négative*, en quelque sorte, et capable seulement de s'opposer à ce que l'on voudrait obtenir d'eux, soit qu'il s'agisse des soins qui leur sont nécessaires, soit qu'il s'agisse de toute autre chose. Cette résistance passive, cette *opposition* instinctive, sont parfois poussées très loin et donnent lieu à de grandes difficultés. Mais parfois, au contraire, ils sont dans un état d'inquiétude physique et d'agitation très pénible, ils ne peuvent rester en place, ils poussent des gémissements, des cris de douleur, etc.

De même qu'ils avaient conscience de leur insensibilité, de leur anesthésie morale, de même les mélancoliques raisonnants se rendent parfaitement compte de leur incapacité à vouloir. Un malade d'Esquirol[1] répondait aux conseils qu'on lui prodiguait : « Je sais parfaitement ce que je devrais faire, vos conseils sont fort bons et j'ai le meilleur désir de les suivre; mais faites que je puisse vouloir, de ce vouloir qui détermine et exécute. Il est certain que je n'ai de volonté que pour ne pas vouloir, car j'ai toute ma raison, mais la force m'abandonne lorsque je devrais agir ».

Cette impuissance du vouloir, et les conséquences qu'elle engendre augmentent encore leur tristesse et leur découragement. Ils comparent sans cesse leur état antérieur à leur situation présente; pour montrer toute l'étendue de leur misère, ils exaltent au delà des limites réelles le passé qu'ils ont

[1] *Des maladies mentales*, t. I, p. 422.

perdu, et ils l'opposent au présent qu'ils dénigrent à l'excès. A leur personne d'autrefois, ils attribuent toutes les qualités, toutes les ressources, toutes les joies dont ils se disent actuellement privés; ils exagèrent pour l'un et l'autre cas, mais en sens inverse.

Si ces malades ne présentent pas de conceptions délirantes aussi nettes, aussi développées que celles des mélancoliques ordinaires, leur *intelligence* est pourtant lésée dans son fonctionnement. La pensée est lente, comme les mouvements; l'attention volontaire est très diminuée, les associations sont devenues difficiles et pénibles, et les idées présentent toujours un certain degré de confusion. Les malades sont incapables d'un travail suivi et un peu prolongé, le moindre effort intellectuel les fatigue, la conversation même leur est pénible. D'ailleurs, complètement absorbés par leurs préoccupations, par leurs idées tristes, ils ne prêtent à ce qui les entoure qu'une attention distraite. Cependant, ils ne se désintéressent pas autant qu'ils le disent du monde extérieur, et ils ont une tendance marquée à se plaindre, à récriminer, à manifester des idées de persécution plus ou moins nettes. Mais ces dernières idées ne s'observent guère que dans les cas les plus accentués, les plus graves.

Enfin, la *sphère émotive* est profondément atteinte chez eux. Ils ont peur de tout, sans savoir pourquoi, ils vivent dans une appréhension continuelle, le moindre incident imprévu, le moindre bruit les trouble et les bouleverse. Ils se réveillent souvent, la nuit, en proie à une vive terreur. Ils éprouvent souvent, aussi, la crainte obsédante de dire ou de faire des choses répréhensibles, et parfois ils s'y sentent poussés malgré eux : « Ils ont des impulsions instinctives à faire ou à dire du mal, à proférer des paroles injurieuses ou obscènes, ou bien à se faire du mal à eux-mêmes, à se jeter par la fenêtre ou dans la rivière » (J. Falret). Aussi demandent-ils qu'on éloigne d'eux tout ce qui pourrait les exposer à ces impulsions dangereuses. Quelques-uns d'entre eux conçoivent un tel dégoût de la vie qu'ils en viennent aux idées et aux tentatives de suicide.

Les *symptômes physiques* sont loin d'être, dans la mélancolie raisonnante, aussi marqués que dans la mélancolie vraie. Cependant, il y a presque toujours de l'anxiété précordiale, des palpitations, un malaise général, une sensation de vacuité cérébrale ou de compression crânienne; des sensations douloureuses sur divers point du corps, des hyperesthésies, des anesthésies ne sont pas rares. On a noté encore assez fréquemment des troubles digestifs, des altérations dans les sécrétions, des œdèmes, un état cachectique plus ou moins prononcé. Quand la maladie se prolonge, elle peut se compliquer d'affections organiques graves, assez souvent de tuberculose.

L'*hypocondrie morale* n'est le plus souvent qu'une manière d'être passagère. Mais elle est essentiellement intermittente et les récidives sont la règle. Rien n'est plus rare que la guérison réelle et définitive de cet état mélancolique.

3° *Bouffées délirantes. Délires transitoires.* — Nous savons que les sujets

prédisposés, les déséquilibrés, ont une très grande aptitude délirante. Aussi est-il fréquent d'observer chez eux des épisodes délirants, remarquables autant par leur courte durée que par la brusquerie de leur apparition. Sous l'influence d'une émotion un peu vive, d'une frayeur, de préoccupations morales, d'une fatigue intellectuelle ou même physique, on peut voir survenir chez ces sujets, instantanément, sans prodromes saisissables, un délire plus ou moins intense, qui dure quelques heures ou quelques jours, et qui disparaît comme il était venu, sans laisser de traces appréciables. Les excès de tout genre, et notamment les excès de boisson, produisent les mêmes effets; il est tels de ces prédisposés qui ne peuvent faire un repas un peu plus prolongé, un peu plus *arrosé* que de coutume, sans réagir immédiatement par une excitation délirante. A ces sortes d'ictus intellectuels on a donné le nom de *bouffées délirantes*. Elles ont quelque analogie avec certains accès délirants qui apparaissent chez les épileptiques, chez les hystériques, chez les alcooliques avérés. Elles peuvent se présenter sous toutes les formes : maniaque, mélancolique, diffuse ou systématisée; elles s'accompagnent souvent d'impulsions et de mouvements agressifs, d'actes répréhensibles, et, par ce fait, elles ont une importance particulière pour la médecine légale.

Nous avons déjà parlé des bouffées délirantes qui se montrent au cours d'un délire de longue durée. Chez les persécutés systématisés, il n'est pas rare d'observer, surtout dans les premières périodes, soit des crises de *violente agitation* avec poussées hallucinatoires et légère confusion mentale, soit des *raptus mélancoliques* avec angoisse profonde, terreurs et tentatives de suicide. Ces accès durent quelques heures, une journée, puis ils disparaissent, et le délire principal reprend sa marche un instant interrompue.

Dans d'autres cas, les *bouffées délirantes* peuvent être la seule manifestation psychopathique bien définie, c'est-à-dire apparaître, en dehors de toute autre affection mentale évidente, chez certains sujets dont elles constituent le mode unique de réaction délirante. Il n'est pas rare de les voir alors se reproduire à plusieurs reprises dans la vie du sujet, à intervalles irréguliers, et tantôt sous la même forme, tantôt et plus souvent sous des formes différentes. Suivant la nature de la cause, suivant les dispositions du malade, l'aptitude délirante se traduit soit par une crise d'excitation, soit par un délire triste, soit par une forme plus ou moins systématisée, à base d'idées de grandeur, ou de persécution, ou hypocondriaques, ou religieuses, soit enfin, par un état d'obnubilation, de confusion ou de stupeur, etc. Si bref que soit l'accès, quand on peut ainsi le rattacher à d'autres accès de même nature ou de nature différente, il n'y a pas de difficultés pratiques sur la signification à donner à ces faits.

Mais il est des cas beaucoup plus embarrassants. Nous voulons parler de ces faits que certains auteurs désignent sous le nom de *folie transitoire*. Krafft-Ebing, qui en a fait une étude spéciale [1], les considère comme étant

[1] Krafft-Ebing. *Die Lehre von der Mania transitoria*, 1865. *Die transitorischen Störungen des Selbstbewusstseins*, 1868. *La responsabilité criminelle*, traduct. Châtelain, Paris, Masson, 1875, p. 104. *Traité clinique de Psychiatrie*, traduction française, 1897, p. 252 et suiv.

« toujours un phénomène de réaction à des influences puissantes, mais qui n'ont frappé que passagèrement le cerveau (troubles de la circulation, poisons, émotions, fièvres) ». Sous la dénomination de *folie transitoire* se rangent plusieurs catégories de faits. Les uns se rencontrent dans la neurasthénie, dans l'épilepsie, dans l'hystérie, dans les délires toxiques, fébriles et d'inanition; on les observe aussi à titre de réaction alcoolique passagère. Jusqu'ici, ces troubes psychiques transitoires se confondent avec les *bouffées délirantes* dont nous venons de parler, et l'opinion de Krafft-Ebing ne diffère de celle des auteurs français que par la faible influence qu'elle attribue à la prédisposition et à l'hérédité, dans la genèse de ces troubles passagers.

Mais Krafft-Ebing décrit, comme folies transitoires, des *états maniaques* et des *états d'anxiété* qui surviendraient « chez des personnes saines d'esprit auparavant et qui le redeviennent après ce dérangement », et en dehors de toute prédisposition héréditaire. La manière de voir de Krafft-Ebing est partagée par un certain nombre d'auteurs, notamment par Schwartzer [1], par Mendel [2], par Krœpelin [3].

Nous devons examiner brièvement ces états particuliers.

a. *Manie transitoire.* — L'expression de « manie transitoire » paraît avoir été employée pour la première fois par Horn, en 1817, à propos du fait suivant : « Le conseiller d'État Lemke vivait en très bonne intelligence avec sa femme. Une nuit, celle-ci entend une sorte de râle; inquiète, elle réveille subitement son mari, qui la saisit comme un furieux, la traîne à la fenêtre et veut la jeter dans la rue; heureusement des voisins, accourus aux cris de la femme, arrivent à temps pour la sauver. Lemke se rendort, et, à son réveil, n'a plus aucun souvenir de ce qui s'est passé. Cet homme est resté, tout le reste de sa vie, l'esprit complètement sain. » Casper, qui pense que « la dénomination de manie transitoire, non scientifique et dangereuse, doit être rayée de la science », explique ce fait par l'influence de l'*ivresse de sommeil,* « c'est-à-dire cet état qui précède immédiatement le sommeil ou qui le suit » [4]; c'est l'*état hypnagogique* de Baillarger, dans lequel, en effet, il est fréquent d'observer des troubles psychiques plus ou moins graves.

D'après Krafft-Ebing, la *manie transitoire* est un trouble mental qui se produit subitement, en quelques heures, chez des personnes saines d'esprit auparavant et qui le redeviennent ensuite; elle est accompagnée d'une profonde obnubilation de l'intelligence, et le malade ne conserve aucun souvenir de la période d'accès. L'*excitation psychique* se traduit par le délire, par des illusions sensorielles et par des mouvements impulsifs; elle présente souvent le tableau clinique de la folie furieuse ou du délire aigu. Il existe en outre des phénomènes de *fluxion cérébrale*: vertiges, maux de tête, sentiment d'alourdissement allant jusqu'à l'ictus apoplectique, sensibilité à la lumière

[1] Schwartzer. *Transitorische Tobsucht*, Wien, 1880.
[2] Mendel. *Die Manie*, Berlin, 1881.
[3] Krœpelin, Psychiatrie, 6e édit., 1899.
[4] Casper. *Traité pratique de médec. lég.*, traduct. Germer Baillière, Paris, 1862, p. 330.

et au bruit, etc.; il s'y ajoute parfois de la salivation, du grincement des dents, des crampes partielles toniques et cloniques.

Le délire et les hallucinations sont ordinairement de nature terrifiante, la conscience disparaît, l'agitation est démesurée et sans but, le malade prononce des paroles sans suite, il pousse des cris inarticulés et des hurlements. Epuisé, couvert de sueur, après une demi-heure ou quelques heures au maximum, le malade tombe dans un profond sommeil d'où il sort « parfaitement lucide ». Exceptionnellement, il y a au réveil un nouveau paroxysme. Après l'accès, mais seulement pendant quelques heures, il reste un état vertigineux, un peu de céphalalgie, de la lassitude et un grand besoin de sommeil.

La *manie transitoire* n'a été observée que chez des sujets à l'état de veille. Les rechutes sont excessivement rares.

Korsakoff [1] donne de la *manie transitoire* une description analogue. « Elle s'observe le plus souvent chez des gens bien portants avant et après l'accès. L'invasion est brusque, le maximum d'intensité est atteint au bout de quelques minutes, rarement au bout de quelques heures. Il existe une très grande confusion dans les idées. Les idées délirantes sont incohérentes, les illusions et les hallucinations fréquentes. On observe des impulsions violentes, des actes de destruction, des tentatives de meurtre, des cris inarticulés. Au bout de quelques heures, épuisement de l'énergie cérébrale et sommeil de quelques heures. Une fois réveillé, le malade ne conserve pas le souvenir de ce qui s'est passé pendant l'accès. »

Les *troubles circulatoires* joueraient un rôle prédominant dans la pathogénie de la *manie transitoire;* « l'ensemble des phénomènes, dit Krafft-Ebing, pouvant se ramener anatomiquement à un processus hyperémiant intense, mais transitoire, dans l'écorce cérébrale ».

b. *États d'angoisse transitoire. Émotions pathologiques.* — Krafft-Ebing désigne sous ce nom des états de trouble psychique profond, consécutifs à des émotions pathologiques et accompagnés d'un sentiment de vive angoisse, de crainte de dangers menaçants. « Selon le degré du trouble intellectuel, le souvenir de la phase morbide est sommaire ou même manque. L'angoisse peut présenter les degrés d'intensité les plus divers, et varier de la simple oppression anxieuse à l'arrêt complet de tous les actes psychiques. » On observe dans la plupart des cas des illusions terrifiantes, des idées lugubres, l'attente anxieuse d'un péril imminent et des impulsions motrices de défense, pouvant aller jusqu'aux actes de violence les plus dangereux. L'accès peut durer quelques heures ou même plusieurs jours. La guérison est la règle, mais les récidives sont fréquentes.

Ces états, qui s'observent dans la mélancolie (raptus mélancoliques), dans les différentes névroses, etc., peuvent se rencontrer aussi « chez des individus sains avant et après l'accès ». Pour la pathogénie de ces états, Krafft-Ebing

[1] Cité par Vallon. *Les délires transitoires au point de vue médico-légal*, Rapport au Congrès d'Angers, 1898.

invoque l'existence d'un trouble vaso-moteur aigu, qui serait assez souvent de l'anémie cérébrale.

La presque unanimité des auteurs français n'a pas adopté la manière de voir du savant professeur viennois.

Les délires transitoires indépendants de tout autre état morbide apparent et capable de les expliquer (névroses, et surtout l'épilepsie, alcoolisme et autres intoxications, puerpéralité, vésanies transitoires et périodiques, etc.), sont généralement regardés en France comme la manifestation d'une prédisposition le plus souvent héréditaire.

De ce point de vue, les *états d'angoisse transitoire* décrits par Krafft-Ebing comme étrangers à la mélancolie, aux névroses, aux intoxications, etc., ne sont nullement *idiopathiques*. Dans un grand nombre de cas, ils ne sont pas autre chose que des obsessions impérieuses, aboutissant à des actes impulsifs, irrésistibles; ils correspondent alors à l'ancienne *monomanie impulsive* et, comme elle, ils sont sous la dépendance d'un état psychopathique antérieur, presque toujours héréditaire ou remontant à l'enfance ; ils ne constituent pas toute la maladie, ils n'en sont que des symptômes intermittents. Dans les autres cas, ils se rattachent à l'*épilepsie,* convulsive ou vertigineuse; il semble bien qu'il en est ainsi pour les cas accompagnés de perte de la conscience et du souvenir. Krafft-Ebing reconnaît lui-même que le petit mal épileptique et les états d'angoisse transitoire « se rapprochent de très près au point de vue symptomatique [1]. »

Il en est de même de la *manie transitoire*. Les auteurs français la mentionnent comme une manie aiguë de très courte durée, comme une crise de confusion mentale hallucinatoire, comme une bouffée délirante survenant dans les conditions que nous avons indiquées. Quant au type morbide spécial qu'ont décrit sous ce nom Krafft-Ebing, Krœpelin, Korsakoff, etc., on le considère comme une manifestation de l'épilepsie, de l'alcoolisme, de l'état puerpéral, de la prédisposition héréditaire, etc., au lieu d'y voir, comme les auteurs allemands, un état morbide développé chez des individus « sains d'esprit avant et après l'accès ».

Cette question des *délires transitoires* a été, au Congrès d'Angers (1898), l'objet d'une longue discussion, à la suite de l'excellent rapport de Ch. Vallon. Le rapporteur a insisté sur les nombreuses difficuttés que soulèvent ces états morbides, lorsqu'on veut les considérer comme des formes autonomes, et dont la principale est peut-être de constater leur réalité clinique : « Comme il ressemble à un comitial, dit-il, ce malade qui, à la fin d'une crise (manie transitoire) qui a duré au maximum quelques heures, tombe dans un profond sommeil dont il se réveille parfaitement lucide quelques heures plus tard, n'ayant gardé aucun souvenir de ce qui s'est passé ». La discussion a montré que l'opinion du congrès était contraire à celle des auteurs allemands. S'il est incontestable qu'il existe des troubles psychiques transitoires *sympto-*

[1] *Traité clinique de Psychiatrie,* 1897, p. 257.

matiques de divers états morbides, il ne paraît guère possible d'admettre une folie transitoire *idiopathique*, se développant chez des individus parfaitement sains, en dehors de toute prédisposition héréditaire, et en l'absence de tout état pathologique antérieur tel que l'épilepsie, l'hystérie, la neurasthénie, l'intoxication alcoolique, la puerpéralité, etc. L'opinion commune a été résumée par Motet dans la formule suivante : « Il n'y a pas de délire transitoire indépendant d'un état pathologique antérieur ».

TROISIÈME PARTIE

DÉMENCE VÉSANIQUE

Le mot *démence* reçoit des acceptions assez différentes dans le langage ordinaire, dans la langue judiciaire et dans la terminologie médicale.

Pour le public, démence et folie sont à peu près synonymes, mais cependant l'épithète *dément* désigne plus spécialement le vieillard dont les facultés baissent, le vieillard *tombé en enfance*.

Dans la langue juridique, *démence* signifie *aliénation mentale en général*. D'après l'article 64 du Code pénal, « il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ». Le Code civil (art. 489) distingue cependant de la démence l'*imbécillité* et la *fureur* : « Le majeur qui est dans un état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur doit être interdit, même lorsque cet état présente des intervalles lucides ».

Pour les aliénistes, le terme *démence* a une signification beaucoup moins étendue, il s'applique *uniquement aux états d'affaiblissement psychique profond qui accompagnent ou qui suivent certaines affections cérébrales*.

Dans la classification de Pinel et d'Esquirol, la *Démence* était considérée comme un type morbide, comme une maladie autonome, au même titre que la *Manie*, la *Mélancolie* et l'*Idiotie*. Cette manière de voir est depuis longtemps abandonnée. La démence apparaît, en effet, dans des conditions variables, en rapport avec des maladies nombreuses et très différentes les unes des autres : affections organiques du cerveau et, parfois aussi, son involution sénile ; certaines névroses (surtout l'épilepsie) ; intoxications chroniques (surtout l'alcoolisme) ; un assez grand nombre de vésanies. Dans ces différents cas, les symptômes propres à la démence prennent une importance plus ou moins grande, mais l'état démentiel ne peut être considéré que comme un syndrome tantôt lié au développement d'une maladie organique du cerveau, tantôt compliquant une névrose, ou une intoxication, et tantôt constituant la période terminale, l'aboutissement d'une vésanie ; la démence est un aspect de certaines maladies, elle n'est pas une maladie. D'après ces rapports variables, on distingue plusieurs sortes de démence : la *démence organique*, liée au ramollissement, à l'hémorrhagie, aux tumeurs, aux kystes du cerveau ; la *démence paralytique*, caractérisant la paralysie générale ; la *démence sénile*, la *démence épileptique*, *choréique*, etc., la *démence toxique* ; enfin la *démence vésanique*, la seule dont nous ayons à nous occuper ici.

La *démence vésanique* représente toujours la phase terminale d'une maladie plus ou moins longue. C'est dire qu'elle est toujours un état *acquis ;* par là, elle se distingue absolument des états d'affaiblissement psychique *congénitaux,* l'imbécillité et l'idiotie. Cette distinction importante ne date que d'Esquirol. Pinel, qui définissait la démence *une abolition de la pensée,* et l'idiotisme : une *oblitération des facultés* [1]. Pinel confondait dans l'*idiotisme,* avec des cas remontant à la naissance, des faits de démence précoce, de stupeur, etc., et il rapportait des exemples d'idiotisme guéri par un accès de manie (*loc. cit.,* p. 186).

Esquirol, dans une formule heureuse et souvent reproduite, a parfaitement indiqué la distinction des deux états : « L'homme en démence, dit-il [2], est privé des biens dont il jouissait autrefois ; c'est un riche devenu pauvre ; l'idiot a toujours été dans l'infortune et la misère ». Cependant, Esquirol tombait dans une autre confusion en appliquant la dénomination de *démence aiguë* à des faits qui n'ont de la démence que les apparences extérieures, qui sont curables, et qui rentrent dans la stupeur ou la confusion mentale.

La *démence vésanique* apparaît à des âges de la vie très différents. Souvent, elle se développe pendant la vieillesse, et elle n'est alors qu'une démence sénile chez un aliéné. Elle se rencontre encore fréquemment à l'âge adulte, surtout à la suite des folies généralisées. Quand elle se montre à l'âge adulte ou dans la vieillesse, la *démence vésanique* est dite *tardive ;* ce sont les cas les plus nombreux. Mais, parfois, on la voit survenir chez des adolescents ou chez des jeunes gens ; c'est la démence *précoce.* Nous étudierons successivement ces deux variétés de démence vésanique.

A. *Démence vésanique tardive.* — Si, pour le médecin, le terme *démence* a des applications plus restreintes et plus précises que pour l'homme du monde ou l'homme de loi, cette précision relative se réduit à une fâcheuse incertitude quand il s'agit de tracer les limites de la démence, de savoir où elle commence et où elle finit. Il est assez facile de dire ce qu'elle n'est pas, il est plus difficile de dire ce qu'elle est, de lui décrire des symptômes positifs. La démence est un affaiblissement des facultés, mais tout affaiblissement n'est pas une démence ; il faut, pour mériter ce nom, qu'il atteigne un certain degré. « Le mot de démence, dit J. Falret, ne doit s'appliquer qu'à un affaiblissement très prononcé de la mémoire et de toutes les facultés intellectuelles, analogue à celui que l'on observe dans les affections organiques du cerveau, avec incohérence du langage et désordre complet des idées [3]. » La limite entre l'affaiblissement simple et la démence caractérisée est difficile à marquer, mais elle existe et l'on doit éviter de la méconnaître, comme on le fait trop souvent, en infligeant l'épithète de dément à des malades qui ne la justifient pas.

[1] Pinel. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale,* 2e édit., Paris, 1809.
[2] Esquirol. *De l'idiotie,* in *Maladies mentales,* 1838, p. 285.
[3] J. Falret. Variétés cliniques du délire de persécution, Annal. méd.-psych., novembre 1896.

Nous avons dit que Pinel définissait la démence « une abolition de la pensée ». Cette définition est évidemment excessive. Le dément pense difficilement, insuffisamment, mais il pense, et chez le dément vésanique on retrouve des traces plus ou moins évidentes, plus ou moins confuses du délire antérieur. Les caractères particuliers que Pinel attribuait à la démence sont l'incohérence des idées, l'affaiblissement de la mémoire, « l'oblitération du jugement » et une turbulence habituelle ; la physionomie du dément exprime la niaiserie et l'inertie.

Pour Esquirol, « la démence est une affection cérébrale, ordinairement sans fièvre et chronique, caractérisée par l'affaiblissement de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté ; l'incohérence des idées, le défaut de spontanéité intellectuelle et morale sont les signes de cette affection ». Tous les auteurs développent, à peu près dans les mêmes termes, la définition d'Esquirol.

Dans la *démence vésanique*, la déchéance intellectuelle se produit progressivement et avec une rapidité variable. Parmi les symptômes qui indiquent la démence commençante, il faut noter l'apparition d'idées hypocondriaques, la diminution sensible de l'émotivité et l'habitude que prend le malade de monologuer à haute voix. Suivant la profondeur de l'état démentiel, il reste de l'ancien délire des traces plus ou moins apparentes. Mais, dans les cas les plus légers eux-mêmes, les conceptions délirantes qui persistent sont de simples résidus inertes, sans activité, sans influence, ou n'exerçant qu'une influence très faible sur les sentiments et les émotions. Le vocabulaire délirant se réduit graduellement à quelques phrases monotones, qui ne se renouvellent plus et qui constituent une sorte de rabâchage puéril. Les hallucinations, s'il en existait dans l'affection primitive, s'atténuent et finissent par disparaître ; cependant, il n'est pas rare de les voir se reproduire de temps en temps, sous forme d'accès d'une faible durée.

Cette *dissolution du délire*, qui est un des éléments de l'état de démence, n'en est pas la caractéristique suffisante. D'autres symptômes s'y ajoutent qui trahissent avec une évidence plus grande l'abaissement des facultés mentales.

Les *perceptions* du dément sont affaiblies, et cet affaiblissement tient à plusieurs causes : acuité moindre des sensibilités, degré variable d'impuissance cérébrale et aussi faiblesse marquée de l'attention volontaire. Il s'ensuit que les impressions et les sensations sont fugaces et peu intenses, et, par là, s'explique une des particularités de la mémoire des déments, simple exagération de ce qui s'observe dans la mémoire du vieillard. Tandis que les souvenirs anciens, qui sont organisés, qui font partie de la personnalité du sujet, persistent et souvent avec une grande netteté, les faits nouveaux ne sont pas fixés, précisément à cause de la faiblesse des sensations et de l'attention. Le dément n'acquiert plus, il vit à peu près uniquement du passé et dans le passé. La persistance et la reproduction automatique des souvenirs anciens est d'ailleurs très inégale, et l'amnésie du dément est plus ou moins partielle. Quelques-uns de ces malades, incapables de retenir le

mois, le jour, le nom des personnes de leur entourage, sont en état de jouer aux dames, aux échecs, etc., d'une façon remarquable, mais ils ont également perdu, avec le souvenir des faits récents, certaines acquisitions anciennes; ils vont jusqu'à oublier le nom, l'âge et le nombre de leurs enfants.

De même, l'*association des idées* chez le dément est défectueuse et relâchée, le pouvoir de comparaison et de jugement est considérablement amoindri, et l'incohérence apparaît plus ou moins grande, favorisée encore par les lacunes de la mémoire. L'incohérence se trahit dans la parole et dans les écrits du malade. Elle est souvent exagérée dans les écrits, parce que le dément est totalement incapable de l'application et de l'effort qu'exige l'écriture; les phrases sont incomplètes et mal construites, le malade oubliant la première partie de la phrase pendant qu'il écrit la seconde. Marcé, Legrand du Saulle, etc., ont insisté sur les altérations que présente l'écriture des déments et qui portent à la fois sur le style, sur l'orthographe et sur le graphisme ; à la longue, l'écriture devient méconnaissable.

Dans l'*ordre moral*, le dément vésanique, et en ceci il se distingue du dément organique, présente ordinairement une indifférence complète pour tout ce qui intéresse les sujets normaux. Ses émotions s'éveillent difficilement, elles sont mobiles et inconsistantes. Les affections de famille, les préoccupations morales ou esthétiques n'existent plus pour lui ; il est pareillement indifférent aux convenances extérieures, aux soins de propreté. Tout entiers à la satisfaction de leurs besoins immédiats, la question de leur nourriture devient pour beaucoup de déments la grande affaire de l'existence, ils mangent avec avidité, souvent avec gloutonnerie.

La *volonté* réfléchie disparaît chez ces malades, mais ils sont ordinairement très entêtés. Ils ont des habitudes tenaces, de plus en plus invariables et stéréotypées [1]; ils s'irritent violemment et souvent passent aux actes de violence si on essaie de contrecarrer ces habitudes, mais le plus souvent ils se laissent conduire aisément pour tout le reste.

Cependant, il arrive que leurs instincts débridés, soustraits au contrôle de la volonté et du sentiment des convenances, prennent un développement dangereux. L'*excitation génésique* est loin d'être rare, elle se manifeste par la masturbation, par l'exhibition publique des organes génitaux, etc. On observe aussi chez les déments des instincts destructeurs, le vol, l'incendie, etc.

Presque tous ces malades, comme l'avait fort bien remarqué Esquirol, ont des *tics* ou des *manies* immodifiables. Par exemple, ils adoptent pour leur promenade telle ou telle partie du jardin ou de la cour, passant et repassant toujours au même endroit; ils tracent ainsi des sentiers dont l'existence à elle seule révèle le voisinage d'un dément. D'autres, au contraire, se postent tous les jours, à certaines heures, à un endroit déterminé, et n'en

[1] Voir un travail italien récent. *Les stéréotypies dans les démences consécutives*, par Canzio Ricci. Riv. sperim. di freniat., 1899. Anal. par Séglas in Archiv. de Neurol., mars 1900.

bougent pas pendant de longues heures : un de nos malades de Vanves ne manquait jamais, aux heures de promenade, de se dissimuler derrière un massif, toujours le même, et il restait là, debout et immobile, jusqu'à l'heure de la rentrée. Un autre, que nous observons depuis de longues années, emploie la plus grande partie de son temps à râcler avec un morceau de verre ou avec un caillou coupant le fourneau d'une pipe de terre ; dès que la pipe est percée sur un point quelconque, il la jette immédiatement et attend d'en avoir une autre pour recommencer. Marcé (*Traité*, p. 402) parle d'un « malade en démence qui, soit en mangeant, soit en marchant, soit en parlant, porte la tête fortement renversée en arrière, sans qu'aucune cause ait jamais pu le décider à la baisser un seul instant ». Un de nos malades a une « manie » tout à fait semblable, mais c'est vers le côté gauche et non en arrière qu'il porte la tête. Quand on essaie de la redresser, il entre en fureur.

Extérieurement, le malade tombé en démence offre une physionomie inexpressive et quelquefois hébétée. Mais, parfois aussi, elle retient certains traits caractéristiques de l'état délirant antérieur. C'est ainsi que le délirant ambitieux devenu dément conserve encore une expression hautaine et dédaigneuse. Dans leurs ajustements, dans leur manière de se vêtir, on constate presque toujours chez les déments une extrême négligence, une grande malpropreté et des bizarreries particulières à chacun d'eux. Quelques-uns se couvrent d'oripeaux voyants, de chiffons hétéroclites, d'ornements ridicules, auxquels ils attachent un grand prix et dont le choix est déterminé par des vestiges de délire. De nombreux déments ramassent et accumulent dans leurs poches toute sorte d'objets inutiles ou malpropres : chiffons de papier, morceaux de bois, bouts d'allumettes, cailloux, etc., etc. Nous avons déjà vu que l'on retrouve des habitudes semblables chez les circulaires.

Suivant leur manière d'être habituelle, les déments peuvent se répartir en deux catégories principales. Les uns sont calmes, apathiques, parlent peu ou se livrent à des soliloques monotones dans lesquels reviennent sans cesse les mêmes idées et les mêmes phrases ; c'est la *démence apathique*. Les autres sont, au contraire, perpétuellement excités, vont et viennent, bavardent continuellement, se déshabillent, déchirent leurs vêtements, détruisent tout ce qu'ils touchent, etc. ; chez ces derniers, l'incohérence des actes est aussi évidente que celle des idées ; c'est la *démence agitée*. Les uns et les autres, d'ailleurs, présentent des *phases d'agitation* plus ou moins violente, au cours desquelles ils peuvent commettre des actes dangereux. Ces crises sont dues soit à un retour des hallucinations, soit à une circonstance accidentelle qui irrite les malades, soit à toute autre cause inconnue. On observe encore, chez les déments des deux catégories, de véritables *impulsions :* tout d'un coup, le malade se met à déchirer ses vêtements avec une sorte de rage ; ou bien il brise les carreaux de la pièce où il se trouve, il frappe brusquement un autre malade ou un infirmier ; ou encore, il pousse des cris terribles, etc. Au bout d'un instant, le calme revient.

Contrairement à ce qui a lieu dans les démences organiques, les *symptômes physiques* offrent peu d'importance et n'ont rien de caractéristique dans

la *démence vésanique*. Les grandes fonctions, le sommeil, la nutrition, la menstruation chez la femme, ne sont pas troublées, sauf le cas de complication somatique. Souvent, ces malades, qui mangent avec voracité, prennent de l'embonpoint. Mais parfois aussi, bien qu'ils s'alimentent et digèrent parfaitement, ils maigrissent beaucoup, sans qu'il soit possible d'invoquer, pour expliquer cet amaigrissement, autre chose qu'une assimilation défectueuse. Dans leur habitus extérieur, les déments vésaniques présentent la plupart des signes d'une *sénilité précoce ;* cette apparence n'est pas due seulement à l'oubli de soins hygiéniques et de propreté, elle résulte encore de véritables lésions trophiques. Le corps est affaissé, les cheveux blanchissent avant l'âge, la peau est sèche, terne et ridée, la circulation est ralentie, l'artério-sclérose est fréquente ainsi que la tendance aux œdèmes périphériques. Le gâtisme est commun chez les déments. L'hématome de l'oreille s'observe quelquefois.

La démence s'aggrave progressivement par sa durée même. Le malade devient de plus en plus indifférent à ce qui l'entoure, il s'isole complètement du monde extérieur, auquel il ne se rattache guère que par son existence végétative et par ses habitudes stéréotypées, devenues instinctives.

Par définition, la démence est un état absolument *incurable*. On parle quelquefois de la curabilité de la démence, mais il s'agit alors de cas de *pseudo-démence*, c'est-à-dire, pour emprunter une expression connue, de *pseudo-diagnostics*.

Pourquoi certains aliénés tombent-ils plus ou moins vite dans la démence, alors que d'autres arrivent, sans fléchissement notable de leurs facultés, jusqu'à l'extrême vieillesse? Quelles sont, en un mot, les *causes* de la démence? On invoque l'*âge avancé :* un accès délirant développé chez un vieillard aurait plus de chances d'aboutir à la démence qu'un accès de même nature apparu chez un adulte ; ceci revient à énoncer une naïveté, à savoir que l'affaiblissement des facultés suit plus souvent la vieillesse que l'âge adulte. Le défaut de résistance intellectuelle est une explication analogue. On incrimine plus justement les *causes débilitantes*, qui agissent sur le cerveau comme sur les autres organes : les privations de toute nature, une hygiène défectueuse, les mauvais traitements, les émissions sanguines abondantes, la grossesse, l'allaitement, surtout l'*onanisme invétéré*. Mais la *nature de la maladie primitive* semble avoir une importance beaucoup plus grande. C'est ainsi que les folies généralisées (manie, mélancolie) se terminent par la démence bien plus souvent que les folies périodiques et les folies systématisées.

Il n'y a pas de *traitement* de la démence confirmée, mais il y a un traitement du dément. Livrés à eux-mêmes, ces malades sont exposés à une foule d'accidents pathologiques, et, de plus, ils sont nuisibles à autrui et parfois dangereux. Une surveillance et une hygiène attentives réduiront au minimum ces multiples inconvénients.

En écartant les influences débilitantes que nous venons d'indiquer, en appliquant aux aliénés, dès le début de la maladie, une hygiène rigoureuse et

des soins appropriés, c'est-à-dire en les traitant médicalement dès le début, on peut espérer empêcher ou tout au moins retarder l'apparition de la démence.

Diagnostic. — L'*idiotie* et surtout l'*imbécillité* pourraient être confondues avec la démence. Ces états étant congénitaux, la notion des antécédents tranchera la difficulté. Si les antécédents sont inconnus, l'*examen physique* fournira quelques éléments au diagnostic ; les idiots présentent presque toujours et les imbéciles présentent souvent des malformations, des *stigmates* physiques faisant habituellement défaut chez les déments. Cependant, d'une part, certains imbéciles sont très correctement conformés et, d'autre part, certains déments offrent des vices de développement caractérisés ; de plus, à la suite d'un accès maniaque, un imbécile peut perdre les parcelles d'intelligence qui lui restaient et tomber dans un état de démence complète. Mais ces difficultés sont un peu théoriques, et, le plus souvent, l'interrogatoire répété du malade permettra de reconnaître si l'on est en présence d'un dément ou d'un imbécile ; le dément conserve toujours, « au sein de sa détresse, quelques objets précieux, épaves de son ancienne opulence, il montre encore quelques vestiges de ses facultés d'autrefois. Ce sont tantôt des souvenirs littéraires qui ont échappé à la ruine de la mémoire, tantôt des habitudes persistantes qui sont le témoignage d'une éducation distinguée, quelquefois enfin, sous l'influence de quelque émotion, de véritables éclairs d'intelligence [1]. »

La *stupidité* de Georget, la *mélancolie avec stupeur* de Baillarger sont caractérisées par un arrêt des fonctions intellectuelles, dont les effets sont plus ou moins analogues à ceux de la démence. Mais, en dehors même de tous renseignements sur le mode de début et sur l'évolution de la maladie, qui ne laisseraient aucune place au doute, on remarquera que le malade en état de stupeur est immobile et muet, qu'il ne répond pas aux questions, qu'il *s'oppose* instinctivement à ce qu'on veut obtenir de lui, qu'il se raidit lorsqu'on essaie de lui faire exécuter un mouvement quelconque, que sa physionomie est ou effarée ou contractée par une préoccupation terrifiante, enfin qu'il présente toujours des troubles variés des fonctions somatiques, etc. ; cet ensemble de symptômes est étranger à la démence (V. *Mélancolie avec stupeur*).

La *confusion mentale*, quand elle est profonde, a quelques traits communs avec la démence. Mais, comme dans la stupeur vraie, il s'agit ici d'un empêchement psychique et non d'une suppression. L'*air ahuri* du confus, ses hésitations continuelles, la lenteur des mouvements et de la parole ne ressemblent en rien à la manière d'être du dément même apathique (V. *Confusion mentale*). Enfin, dans la stupeur comme dans la confusion, l'hésitation ne saurait être de longue durée, ces états guérissant habituellement.

La *démence paralytique* et les autres variétés de démence présentent des symptômes particuliers, relevant de la cause qui a entraîné la démence,

[1] Ball et Chambard. Art. *Démence*, du Dict. encyclop. des sciences médic., 1880.

et qui assurent le diagnostic différentiel avec la démence vésanique. Nous renvoyons, pour cette étude, aux articles *Paralysie générale, Epilepsie, Alcoolisme,* etc.

La principale difficulté consiste à reconnaître la démence, à n'appliquer cette épithète qu'aux faits qui la légitiment. Si on entend par *démence*, à l'exemple de certains auteurs, les états d'affaiblissement quelconques, le mot n'a plus de signification. Un affaibli intellectuel n'est pas nécessairement un dément, pas plus qu'un débile n'est un imbécile et celui-ci un idiot. C'est une question de degré, mais qui a son importance.

b. Démence vésanique précoce. — *Hébéphrénie.* — La démence vésanique *précoce* ou *juvénile* est celle qui apparaît de quinze à vingt-cinq ans.

Cette période de la vie, dont la plus grande partie est remplie par les perturbations profondes et successives de l'évolution pubérale, constitue une phase critique pour l'ensemble de l'organisme et pour le système nerveux en particulier. Aux modifications de volume et de structure correspondent des modifications fonctionnelles : une foule d'impressions inconnues, liées en grande partie à l'éveil de la vie génitale, apparaissent et, cérébralement, se traduisent par des manières de comprendre et surtout de sentir toutes nouvelles. Si, pour une raison ou pour une autre, dans cet organe plus vulnérable, la double modification, anatomique et dynamique, ne se produit pas harmoniquement, suivant un certain équilibre nécessaire, le fonctionnement général est troublé, avec une intensité et à un degré variables. C'est tantôt l'intelligence qui est particulièrement atteinte ; l'on voit alors survenir un accès de délire, affectant les allures de la manie ou de la mélancolie, et guérissant plus ou moins vite ; c'est le cas le plus habituel. Tantôt, et cela surtout chez des sujets antérieurement déséquilibrés, les facultés morales s'altèrent profondément, et l'on assiste au développement d'une véritable folie morale (V. *Folie morale*) ; dans ce cas, il semble que la puberté n'ait pas eu d'autre action que d'accélérer une situation morbide en voie de développement. Dans un troisième cas, après une période assez courte de délire complexe et variable, on assiste à l'effondrement rapide de toutes les facultés mentales ; c'est la *démence précoce*.

La démence peut apparaître chez les jeunes gens à la suite de diverses influences dont l'action perturbatrice est renforcée par les conditions de vulnérabilité spéciale où se trouve l'organisme. Dans un travail présenté au Congrès de Rouen, Charpentier indique *onze variétés* de démence précoce[1]. L'épilepsie, l'hystérie, la syphilis, le traumatisme, plus rarement l'alcoolisme peuvent en être la cause déterminante ; dans ces différents cas, la démence précoce est *symptomatique* et se distingue uniquement par l'époque de son apparition de la démence consécutive aux mêmes affections, mais développée tardivement.

Dans d'autres cas, elle se montre chez des sujets jusque-là normaux ou qui,

[1] *Les démences précoces*, Congrès de Rouen, 1890.

du moins, ne présentaient pas une affection mentale ou nerveuse caractérisée; elle est la conséquence immédiate et hâtive d'un trouble mental de nature variable. C'est la *démence précoce idiopathique,* la seule que nous ayons en vue ici. Elle est précoce, parce qu'elle atteint des sujets jeunes; elle est précoce encore, parce qu'elle succède rapidement au trouble mental initial, qu'elle est même appréciable dès le début; de telle sorte qu'on peut la dire *primitive* aussi bien que consécutive et terminale.

Cette forme de démence a été considérée par certains auteurs comme spécialement liée à l'évolution de la puberté, c'est l'*hébéphrénie* de Kahlbaum et Hecker. L'hébéphrénie a donné lieu à de nombreuses discussions, on en a rapproché la *catatonie* décrite par les mêmes observateurs comme une maladie cyclique, et l'on tend aujourd'hui à admettre que ces deux dénominations s'appliquent à deux formes cliniques d'une seule et même maladie (Krœpelin, Aschaffenburg, Christian, Finzi et Vedrani[1], etc.).

La question de la démence précoce et de l'hébéphrénie a été reprise au dernier Congrès international (Paris, 1900), à propos des psychoses de la puberté. On a été à peu près unanime pour dénier à l'hébéphrénie de Kahlbaum et Hecker les caractères et la signification d'une entité morbide, et pour la considérer comme une simple forme de démence précoce, au même titre que la catatonie. Mais, en ce qui concerne les rapports de l'hébéphrénie et de la puberté, l'accord a été moins complet, les auteurs étrangers, d'une manière générale, admettant, plus que les français, d'étroites relations entre ces deux états. Pour les premiers, l'hébéphrénie serait la *psychose spécifique* de la puberté (Marro, de Turin); elle serait *caractéristique* de la puberté (Tokarski); elle lui appartiendrait *presque exclusivement* (Ziehen). Pour les français, au contraire, la puberté ne serait qu'une cause *occasionnelle*, *indirecte,* dans le développement de la démence précoce, sous quelque forme qu'elle se présente (J. Voisin, Mabille, G. Ballet); ce qui le prouve, c'est, ainsi que l'avaient montré Krœpelin, Christian, Finzi et Vedrani, etc., qu'elle apparaît dans l'adolescence et la jeunesse plus souvent qu'au moment de la puberté (Ballet, Trénel); sur les 104 observations de Christian, 48 fois la maladie n'est apparue qu'après la vingtième année.

Nous devons une mention spéciale à la conception qu'a exposée Krœpelin de la démence précoce et qui est d'une très grande hardiesse[2]. En même temps que les formes de démence simple chez les jeunes gens, que l'hébéphrénie et la catatonie, Krœpelin range dans la démence précoce, sous le nom de *démence paranoïde*, la presque totalité des délires systématisés, y compris le « délire chronique » de Magnan, et il admet que la démence précoce, bien que plus fréquente dans l'adolescence, peut apparaître assez souvent chez l'adulte et même à la ménopause.

[1] Finzi et Vedrani. *Contribut. clinique à la doctrine de la démence précoce,* Rivista sperim. di freniatria, 1899. Anal. par Séglas in *Archiv. de Neurol.,* mars 1900.

[2] Krœpelin. *Psychiâtrie,* 6e édit., Leipsig, 1899. — Voir au sujet des idées de Krœpelin : Séglas. *La démence paranoïde,* Ann. méd.-psych., sept. oct. 1900; — Sérieux. *La démence précoce,* Ann. de la Soc. de méd. de Gand, 1901.

Il est inutile d'insister sur les réserves formelles qu'impose une telle généralisation. Nous continuons à penser, avec tous les observateurs français, que la démence précoce et les délires systématisés dans leur ensemble doivent être séparés dans les classifications aussi nettement qu'ils se distinguent en clinique, et que la dénomination de *démence paranoïde* doit être limitée à certains cas de démence précoce qui débutent par une phase de délire vaguement systématisé ; ordinairement, d'ailleurs, il est facile de distinguer ces cas des véritables psychoses systématiques.

Quoi qu'il en soit de ces points de vue théoriques, la démence précoce apparaît le plus souvent dans l'adolescence, et tantôt chez des sujets originairement débiles, à développement psychique incomplet (Hecker, Krafft-Ebing, Schule, etc.), tantôt chez des sujets moyennement ou supérieurement intelligents (Ball, Aschaffenburg, Christian). Christian insiste sur ce fait que le plus grand nombre des jeunes gens devenus déments « sont parmi ceux qui, dans leurs premières années, n'ont jamais présenté aucun signe quelconque de trouble moral ou d'anomalie intellectuelle ». Cependant, quelques-uns sont des obsédés, des douteurs, des impulsifs, des pervertis sexuels, des irréguliers d'une façon ou d'une autre. C'est en s'appuyant sur les faits de cette dernière catégorie que Morel, J. Falret, Kahlbaum, Hecker, Krafft-Ebing, Schule, Magnan, ont considéré la démence précoce comme une psychose dégénérative. Nous avons parlé, à propos de l'état mental des prédisposés héréditaires, de la *bifurcation* qui, d'après J. Falret, se produit chez eux à l'époque de la puberté : les uns aboutissant à la folie morale, les autres versant dans la démence précoce.

Le début est variable. Dans un petit nombre de cas, on n'observe aucun délire, les facultés baissent progressivement, jusqu'à la démence confirmée (Bourneville, Charpentier, Krœpelin, Christian) ; c'est l'état que Charpentier appelle la *démence précoce simple des enfants normaux*.

Le plus souvent, il y a une *période préparatoire*, caractérisée par de la fatigue cérébrale avec impuissance au travail, que l'on prend habituellement pour de la paresse ; par des maux de tête, de l'insomnie, des préoccupations hypocondriaques, par de l'inquiétude, de l'irritabilité et des modifications du caractère. Cet ensemble de symptômes éveille l'idée d'une *neurasthénie*.

Mais le *délire* ne tarde pas à éclater. C'est tantôt un accès maniaque, tantôt un accès mélancolique simple ou avec stupeur. Dans d'autres cas, on observe des idées hypocondriaques délirantes ou des idées de persécution mal systématisées, accompagnées ou non d'hallucinations. Chez une malade que nous suivons et qui est en pleine démence depuis douze ans, la maladie a débuté par un délire de persécution hallucinatoire, avec phases de violente agitation, qui dura dix-huit mois environ ; après quoi, la démence survint rapidement. Il se produit fréquemment des alternances irrégulières d'excitation et de dépression (Kahlbaum, Hecker, Schule), et l'on voit alors se succéder des idées délirantes exaltées, ambitieuses, souvent dans l'ordre religieux ou politique, et des idées mélancoliques plus ou moins intenses, avec tendances suicide. Quelle que soit sa forme, ce délire est en général

mal coordonné, puéril, il trahit un affaiblissement intellectuel déjà appréciable (Hecker, Schule).

Le langage et les écrits des malades sont excessifs et bizarres dans la forme, ampoulés, déclamatoires, en même temps qu'émaillés d'expressions triviales, de néologismes, de termes techniques empruntés à certaines professions (Worsalat, ou *salade de mots*, Forel). A travers la mobilité, la variabilité de l'expression, certaines phrases, certaines formules reviennent constamment (verbigération). C'est là une première ressemblance avec la *catatonie* de Kahlbaum ; elle est parfois complétée par l'apparition de *phénomènes moteurs*, de raideurs musculaires avec flexibilité cireuse, par le *négativisme* ou tendance à la résistance pour tout ce que l'on exige du malade. Au nombre des *signes physiques*, on observe encore des modifications de la pupille, l'exagération des réflexes, parfois des accès convulsifs.

La conduite et les actes des malades, leurs gestes et leurs attitudes sont bizarres, ridicules, d'une extravagance qui semble préméditée (Hecker, Schule) ; on pourrait croire que les malades s'appliquent, comme à plaisir, à simuler l'étrangeté ; souvent, ils paraissent céder à des sentiments de méchanceté calculée.

Les *impulsions* sont fréquentes, dès cette période délirante, et elles persistent d'ailleurs pendant la démence confirmée, leur gravité est très variable, mais elles sont assez souvent dangereuses, soit pour le malade lui-même, soit pour son entourage.

La plupart des auteurs signalent la grande fréquence de l'*onanisme* habituel ; les perversions sexuelles s'observent également, et, comme il est de règle, elles coïncident avec une frigidité au moins relative pour les rapports sexuels normaux (Christian).

Cette période délirante dure le plus souvent quelques mois, elle peut se prolonger pendant une année ou deux. Puis, dans la plupart des cas, le délire s'atténue, disparaît, et le sujet semble guéri. Mais un examen attentif révèle un affaiblissement intellectuel notable, de la paresse de la mémoire, une certaine inertie morale, l'attention et le travail sont devenus impossibles (Daraszkiewicz, Christian) ; bref, le jeune sujet est nettement amoindri. Il faut être bien prévenu de l'existence de cette rémission qui, répétons-le, se produit dans la plupart des cas, pour éviter de graves erreurs de pronostic et ne pas donner l'espérance de la guérison, alors que le malade est sous le coup d'une déchéance définitive. En effet, une ou plusieurs nouvelles poussées délirantes surviennent, séparées par des accalmies de plus en plus courtes, de moins en moins satisfaisantes, et la démence devient enfin évidente pour tous. Elle présente l'intensité variable et les caractères progressifs que nous avons décrits à la démence vésanique tardive ; elle s'accompagne également soit d'agitation, soit d' ne apathie plus ou moins complète. Dans certains cas, la déchéance mentale n'atteint pas ce degré extrême, l'intelligence est plus ou moins appauvrie, elle n'est pas totalement ruinée. Ce sont ces cas que Kahlbaum désigne du nom d'*heboïd* ou *héboïdophrénie*, et que Christian dénomme hébéphrénie *légère*, *mitigée*.

Comme la démence tardive, la démence précoce est à peu près absolument incurable ; cependant, on a cité des cas de guérison pour les formes légères.

Depuis les travaux de Krœpelin, on distingue quatre formes principales de démence précoce : 1° la forme *simple*, sans délire, caractérisée par l'affaissement progressif des facultés mentales et par une grande apathie ; 2° la forme *délirante*, que nous avons surtout décrite, et qui se rapproche le plus de l'hébéphrénie ; 3° la forme *catatonique*, où se rencontrent de préférence les *symptômes moteurs* (attitudes catatoniques ou cataleptiques, flexibilité cireuse), le *négativisme*, la *verbigération* (répétition des mêmes mots, des mêmes phrases) ; 4° la forme *paranoïde*, dans laquelle s'observent, surtout au début, des idées de grandeur et de persécution vaguement systématisées. Il existe d'ailleurs de nombreuses formes de transition.

Etiologie. — On a invoqué de nombreuses influences pour expliquer le développement de la démence précoce, et le désaccord à ce sujet reste grand parmi les auteurs.

Pour le plus grand nombre, la vraie cause, la cause prédisposante nécessaire est l'*hérédité ;* l'évolution pubérale, qui s'opère souvent sans trouble appréciable, ne jouerait qu'un rôle occasionnel et presque accidentel, en réalisant les conditions favorables à l'éclosion du germe héréditaire ; la gravité de la maladie serait due à la fragilité du système nerveux pendant cette période de transformation (Morel, J. Falret, Magnan, Krafft-Ebing, Schule, Maudsley, Charpentier).

Pour d'autres, l'influence héréditaire, sans être négligeable, serait moindre, et le rôle essentiel serait directement dévolu à la *puberté* et aux perturbations qui l'accompagnent (Kahlbaum, Hecker, Ball, Mairet).

Une troisième opinion conteste l'importance prépondérante de la prédisposition héréditaire, et elle s'appuie pour cela sur deux ordres de faits : 1° dans des cas assez nombreux de démence précoce, il est impossible de retrouver des antécédents héréditaires ; 2° les héréditaires notoires et les dégénérés délirent souvent à la puberté sans tomber dans la démence précoce, de même qu'à l'âge adulte ils sont, de l'aveu commun, au nombre des aliénés les plus réfractaires à la démence. Cette troisième opinion, adoptée par Christian, réduit au minimum le rôle étiologique de l'hérédité, elle attribue une importance essentielle à la *prédisposition acquise*, résultant d'éléments complexes : maladies de l'enfance (fièvre typhoïde, fièvres éruptives, traumatisme crânien), influences débilitantes de toute nature (psychoses par épuisement, de Binswanger), éducation trop rigide, exagérations religieuses, etc. ; à l'égard de ces diverses causes, la puberté et les troubles organiques qu'elle détermine constitueraient un véritable *moment étiologique*. Il ne nous paraît guère admissible que des influences aussi banales produisent la démence précoce en dehors d'une prédisposition héréditaire ou congénitale.

Suivant les uns, la *démence précoce* serait plus fréquente chez les *filles* (Hecker, Maudsley, Ball) ; pour les autres, on l'observerait, au contraire, plus souvent chez les *garçons* (Marro, de Turin, Christian). La distinction des

diverses formes de la maladie montre que la forme délirante est plus fréquente chez l'homme, les formes catatonique et paranoïde plus fréquentes chez la femme.

Parmi les causes occasionnelles, celles qui semblent avoir l'influence la plus active sont encore de nature *débilitante*. C'est ainsi qu'il y a lieu d'incriminer souvent, chez les jeunes gens qui versent dans la démence précoce, l'*onanisme habituel*, le *surmenage* sous toutes ses formes et notamment la préparation des concours (Ball, Christian), les *privations*, etc.; chez les jeunes filles, l'*anémie*, la *chlorose*, les différents troubles de la nutrition et de la *menstruation* qui accompagnent souvent la puberté, jouent un rôle considérable. Krœpelin, Marrq, Régis ont noté l'influence puissante des auto-intoxications.

Diagnostic. — La démence précoce présente d'assez nombreuses analogies avec l'*imbécillité* et l'*idiotie*, états congénitaux que la seule notion des antécédents distingue radicalement de la démence. Mais, en dehors même de tout renseignement, l'examen du malade suffira d'ordinaire à fixer le diagnostic : les imbéciles et surtout les idiots présentent généralement des malformations de la face, du crâne, des organes génitaux, qui sont exceptionnelles chez les déments précoces. Cependant, elles peuvent s'y rencontrer, comme elles peuvent manquer chez les imbéciles, et cet élément de diagnostic, tiré des *symptômes physiques*, peut donc être infidèle. Les *symptômes psychiques* fourniront toujours quelques traits différentiels : le dément précoce conserve des traces plus ou moins effacées de son passé intellectuel, des notions persistantes, des réminiscences que n'a pas l'imbécile dont l'intelligence ne s'est jamais éveillée.

La *paralysie générale juvénile*, qui est aussi une démence précoce, se distingue de la démence vésanique par ses *symptômes physiques :* embarras de la parole, troubles moteurs des membres, ictus cérébraux, etc.

Les autres *démences symptomatiques* (épilepsie, syphilis, traumatisme, etc.), sont caractérisées par des symptômes particuliers à chacune d'elles, par leur marche, et surtout par la notion de la cause initiale.

Les difficultés sont infiniment plus grandes quand il s'agit de distinguer la *stupeur mélancolique simple* de la stupeur qui constitue une phase prémonitoire de la démence. Le diagnostic a ici une extrême importance pratique, puisque dans un cas la guérison est de règle, tandis que dans l'autre l'incurabilité est fatale. Le *syndrome catatonique* (raideurs musculaires avec symptômes cataleptiques, variabilité des symptômes) fera penser à la démence possible; le mode de début pourra également fournir un élément de diagnostic différentiel : ordinairement brusque et consécutif à un choc moral dans la stupeur simple, le début est le plus souvent lent, irrégulier, coupé d'épisodes délirants, dans la stupeur qui aboutit à la démence.

Il est à peu près impossible de diagnostiquer une *démence précoce* dès l'apparition des premiers symptômes, qui présentent souvent, ainsi que

nous l'avons dit, la physionomie d'un *état neurasthénique*. L'irrégularité, la complexité du tableau morbide pourront mettre sur la voie, mais il sera impossible de se prononcer avant l'apparition du délire, dont le caractère progressivement puéril devient un élément d'appréciation important.

Le *traitement* de la démence précoce ne doit pas se réduire, comme celui de la démence tardive, aux mesures hygiéniques et de protection susceptibles d'adoucir le sort des malades et de les empêcher de nuire. L'*organothérapie* (ovarine, corps thyroïde) devra être essayée (Régis, Sérieux), ainsi que l'*hydrothérapie* et la *rééducation*, bien qu'on n'en ait obtenu jusqu'à présent que de bien faibles résultats.

Bibliographie. — Sur la démence précoce, consulter, en dehors des traités généraux de Dagonet et de Krafft-Ebing, de Schule, de Kroepelin, les travaux suivants : Esquirol. *Démence* et *Idiotie*, in *Maladies mentales*, 1838. — Kahlbaum. *Gruppirung der psychischen Krankheiten*, 1863. — Hecker. *Virchow's Archiv.*, 1871, LII. — B. Ball. *De la folie de la puberté ou hébéphrénie*, l'Encéphale, 1884. — Mairet. *Leçons cliniques sur la folie de la puberté*, Annal. méd.-psych., nov. 1888-juillet 1889. — Charpentier. *Les démences précoces*, Communic. au Congrès de Rouen, 1890. — Vigouroux. *Contribut. à l'étude de la démence précoce*, Annal. méd.-psych., janv. 1894. — Christian. *De la démence précoce des jeunes gens*, Annal. méd.-psych., janv. à octobre 1899. Dans le remarquable travail de M. Christian, la question est très complètement étudiée historiquement et d'après de nombreuses observations personnelles. — P. Sérieux. *La démence précoce*. Annal. de la Soc. de méd. de Gand, 1901.

LIVRE V

LES NÉVROSES

ENVISAGÉES AU POINT DE VUE DES TROUBLES MENTAUX QU'ON Y OBSERVE

On ne s'entend plus guère aujourd'hui sur le sens qu'il convient d'assigner au mot NÉVROSE, ou du moins sur les affections qui méritent de figurer encore sous cette appellation.

Si l'on met à part la neurasthénie et l'hystérie qui sont peut-être les deux seules névroses authentiques, à supposer encore que leur disjonction soit parfaitement légitime, ce qu'il faudrait établir, la nature des autres maladies auxquelles on applique le vocable prête fort à discussion. Plus il va, plus on arrive par exemple à cette conviction que l'épilepsie est plutôt un syndrome symptomatique d'une lésion ou d'une malformation cérébrale qu'une névrose à proprement parler; quant à la chorée, à la maladie de Parkinson, les discussions auxquelles leur nature a donné lieu, nous éloignent de plus en plus de l'idée qu'elles soient des névroses pures.

C'est donc moins en vertu d'une idée nosologique, que contraints par la nécessité de grouper sous une appellation commune des affections auxquelles on ne peut encore assigner dans les cadres pathologiques une place précise, que nous avons, dans ce livre, rapproché les uns des autres les éléments disparates dont il se compose.

Ces *névroses* sont d'ailleurs envisagées ici particulièrement au point de vue des troubles mentaux qu'on y observe. Nous serions sorti du cadre de cet ouvrage en en donnant une description générale et complète qu'on trouvera dans les ouvrages appropriés.

CHAPITRE PREMIER

ÉTAT MENTAL DES HYSTÉRIQUES

Par Henri COLIN

L'étude de l'état mental des hystériques et l'appréciation des différentes réactions psychiques de ces malades constitue, — malgré la multiplicité des travaux parus sur la question dans ces dernières années, — un des problèmes les plus délicats de la neuropathologie. Cela se conçoit si l'on réfléchit que d'une part, on n'a pas encore donné une définition absolument satisfaisante de la maladie elle-même, et que d'autre part, jusqu'à la mise en valeur par Charcot des stigmates physiques et psychiques qui les caractérisent, on confondait sous le nom d'hystériques les malades les plus divers.

De tout temps, les manifestations morbides de l'hystérie ont éveillé l'attention des médecins et des observateurs. L'hystérie occupe sous ce rapport le même rang que l'épilepsie et les deux grands symptômes de la folie, la manie et la mélancolie. Nous nous proposons de jeter un rapide coup d'œil sur les phases successives que la question a traversées, et sur les théories qui ont été élaborées pour expliquer les phénomènes observés.

Théorie utérine. — Tout d'abord les troubles constatés sont attribués à l'influence des organes génitaux et en particulier de l'utérus, soit qu'avec Démocrite, Platon, Hippocrate, Arétée, Celse, on invoque les aberrations ou voyages de la matrice considérée comme un animal vivant, soit qu'avec Galien, Aetius, Fernel, on incrimine tantôt la rétention, tantôt la putréfaction ou toute autre altération du sperme ou du sang dans la matrice avec distribution d'une vapeur maligne dans toutes les parties du corps, ou simplement la réaction de l'utérus sur les autres organes. Cette théorie utérine à laquelle l'hystérie doit son nom, a joui d'une vogue incroyable, non seulement dans le vulgaire, mais parmi les médecins et non parmi les moindres, jusqu'à ces dernières années. On ne regardait plus la matrice comme un animal, mais on attribuait la névrose à la réaction sur le système nerveux central de troubles nerveux de l'utérus proprement dit. Cullen, Pinel, Lieutaud, Louyer-Villermay, Dubois d'Amiens, Grisolle, etc., etc., pour ne citer que ceux-là, ont soutenu cette thèse. C'est à cette opinion que doit se rapporter tout ce qu'on a dit des appétits vénériens de la matrice, et du clitorisme comme cause de l'hystérie ; c'est ce qui autrefois, selon Willis, faisait regarder avec horreur les femmes qui en étaient atteintes, *ut semi damnati instar*, et leurs

souffrances n'étaient aux yeux du vulgaire qu'une anticipation du juste châtiment qu'elles avaient mérité.

Théorie nerveuse. — Cependant, des observateurs consciencieux s'étaient rendu compte de la fragilité de la théorie utérine de l'hystérie. Les uns accusaient un principe âcre et bilieux répandu dans le cerveau, d'autres un principe humoral mêlé dans le sang ; Boerhave, Pomme, Hoffmann, Sauvage, Linnée, Blackmore, etc., etc., faisaient de la névrose une affection nerveuse générale, ou une viciation quelconque des esprits nerveux ou animaux, sans siège précis autre que les nerfs.

D'autres encore mettaient en cause la moelle épinière, et certains d'entre eux, revenant à la théorie viscérale sous une autre forme, plaçaient le siège de la maladie dans l'estomac ou dans son voisinage avec Purcell, Pitcarn, Hunauld, Vogel, dans les poumons et le cœur avec Hyghmor, dans la veine-porte avec Stahl.

Théorie cérébrale. — Mais deux grands noms dominent l'histoire de l'hystérie dans cette réaction contre les idées hippocratiques. Ce sont ceux d'un médecin de Pont-à-Mousson, Charles Lepois (1618), et de Sydenham (1681). Le premier a démontré l'existence de l'hystérie masculine entrevue par Galien ; le deuxième a vu les liens qui la rattachaient à l'hypochondrie, particulièrement chez l'homme. Charles Lepois d'autre part, placait le siège de la maladie exclusivement dans le cerveau. Il était suivi par Willis, et deux siècles plus tard ses idées étaient reprises par Georget[1], Brachet[2], Briquet[3].

En face de ces nombreuses théories, on conçoit que le médecin ait pendant longtemps méconnu les hystériques. Devant ces attaques à grand fracas, devant ces troubles multiples et *sine materia*, étant donnée d'autre part l'association fréquente de l'hystérie avec les différentes formes de folies du caractère, beaucoup d'entre eux sont devenus sceptiques, les uns n'attachant aucune importance à des troubles nerveux qui très souvent leur paraissaient simulés, d'autres attribuant à l'hystérie les manifestations délirantes, les perversions diverses, les bizarreries d'actes ou de paroles de malades sous le coup d'une écrasante hérédité morbide. C'est Lasègue déclarant que « la définition de l'hystérie n'a jamais été donnée et ne le sera jamais » ; ce sont les aliénistes, de Legrand du Saulle à Falret, de Tardieu à Ball, décrivant les tendances érotiques, la nymphomanie, les vices, les mensonges, la simulation des hystériques.

École de la Salpêtrière. — Il faut arriver à Charcot et à l'Ecole de la Sal-

[1] Georget. *Physiologie du système nerveux*. Paris, 1821, 2 vol. Georget était si convaincu de la localisation cérébrale de l'hystérie qu'il la désigne sous le nom de *cérébropathie spasmodique*.

[2] Brachet. *Recherches sur la nature et le siège de l'hystérie et de l'hypochondrie*, Paris, 1832.

[3] Briquet. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, Paris, 1859.

pêtrière pour trouver enfin un terrain scientifique véritablement solide et une interprétation réellement médicale des phénomènes observés. L'œuvre de Charcot à cet égard peut se résumer dans les propositions suivantes :

1° L'hystérie est une entité morbide nettement déterminée qui, tout en présentant des formes, des variétés multiples, conserve des caractères spéciaux qui la différencient nettement de l'épilepsie, d'où il suit que le terme hystéro-épilepsie est mauvais et ne doit pas être employé.

2° L'hystérie présente des stigmates physiques et psychiques toujours les mêmes qui seuls permettent d'établir et de formuler le diagnostic.

3° L'hystérie s'allie fréquemment aux autres formes neuropathologiques, mais dans ce cas il s'agit simplement d'une combinaison, d'un alliage ; les deux maladies évoluent côte à côte et ne se confondent pas.

L'hystérie, maladie psychique. Théories psychologiques. — « L'hystérie, a dit Charcot, est une maladie psychique par excellence. » C'est en partant de ce principe que dans ces dernières années, toute une école philosophique s'est adonnée à l'étude des différentes manifestations de la névrose, envisagée non plus seulement au point de vue purement médical, mais à celui de la psychologie et du fonctionnement intime du cerveau. P. Janet[1] qui s'est placé à la tête de cette école, et qui a exposé ses théories sous les auspices de Charcot, attribue à des modifications de la *conscience* et de la *personnalité* les différentes manifestations de nature hystérique. La conscience, état qui se conçoit mieux qu'il ne se définit, « simple phénomène surajouté à l'activité cérébrale, se produisant ou disparaissant au gré des circonstances » (Ribot), d'où les états de conscience, de subconscience et d'inconscience, peut varier dans son étendue et dans sa forme suivant les individus.

L'étendue, l'aire de la conscience, suivant le mot de Spencer, est comparée par P. Janet à l'aire du champ visuel. Elle varie non seulement suivant les individus, mais aussi suivant leur état physique et psychique, l'état de santé ou de maladie, suivant que l'esprit est débarrassé de toute préoccupation ou qu'il se trouve sous l'empire d'une idée dominante.

De là, d'après P. Janet, le rôle prépondérant de l'*idée* dans la genèse des manifestations morbides chez les hystériques, ceux-ci présentant d'autre part, toujours d'après le même auteur, un rétrécissement permanent du champ de la conscience, de même qu'ils présentent un rétrécissement du champ visuel.

Si maintenant, on admet que ce qu'on désigne sous le nom de *personnalité* représente la résultante des sensations et des images antérieures auxquelles viennent s'agréger continuellement les nouvelles sensations dont nous avons conscience, et si l'on réfléchit qu'en dehors de notre conscience et de notre personnalité il existe une foule de sensations inconscientes, même à l'état normal, on comprendra que dans tous les cas où il existe un rétrécissement du champ de la conscience, les sensations perçues et incorporées à la

[1] P. Janet. *L'automatisme psychologique.*
Id. *Les stigmates mentaux et les accidents mentaux de l'hystérie.* 2 vol. de la Bibliothèque. Charcot-Debove, Paris, 1893, 1894.

personnalité seront de moins en moins nombreuses. Il pourra se produire alors ce phénomène que ces sensations et les images inconscientes se coordonnent entre elles, donnent naissance à une ou plusieurs personnalités inconscientes dominant la personnalité consciente, la remplaçant ou se manifestant en même temps qu'elle.

Cette théorie du rétrécissement du champ de la conscience, d'une part, et de la transformation de la personnalité de l'autre, permet à P. Janet de décrire chez les hystériques, d'un côté des stigmates mentaux essentiels et caractéristiques, et de l'autre des accidents mentaux passagers.

Les stigmates mentaux sont les *anesthésies*, les *amnésies* et les *aboulies*, résultant de ce fait que par suite du rétrécissement du champ de la conscience, les malades sont incapables de rattacher à leur personnalité certaines *sensations*, de percevoir certaines *images*, d'accomplir certains *actes*. Il y a en somme une diminution de la synthèse psychique qui met obstacle à l'accomplissement de ces différentes opérations.

Les accidents mentaux sont le produit de la transformation de la personnalité. La diminution de la synthèse mentale a rendu possible la suggestibilité, qui, à son tour, donnera naissance à l'idée fixe. Celle-ci peut être consciente ou subconsciente ; elle se développe de façon automatique en dehors de la volonté et de la perception du sujet. Les paralysies, les contractures, les tics, les tremblements, les attaques, le somnambulisme et le vigilambulisme, les délires sont sous la dépendance de l'idée fixe. La définition générale de l'hystérie est ainsi formulée par P. Janet : « L'hystérie est une forme de la désagrégation mentale, caractérisée par la tendance au dédoublement permanent et complet de la personnalité ».

Nous devons mentionner aussi les théories émises par Sollier[1] sur la nature de l'hystérie. L'insomnie est un des phénomènes les plus constants dans la névrose. Partant de là, Sollier affirme que si les hystériques ne dorment pas, c'est qu'elles sont constamment plongées dans un état de sommeil pathologique, de vigilambulisme qui empêche le sommeil naturel de se produire. Ce sommeil n'atteint pas toujours tout le cerveau, mais envahit successivement les divers centres fonctionnels. Ces sommeils partiels sont identiques à celui qui amène l'état de vigilambulisme complet.

Chaque centre cérébral ainsi frappé de sommeil cesse de fonctionner, entraînant des troubles dans la sphère organique correspondante, des anesthésies périphériques par exemple. De là les trois propositions suivantes :

1° L'hystérie est en réalité composée d'une agrégation et d'une combinaison d'hystéries locales ;

2° Sommeil cérébral et anesthésie sont une seule et même chose, il suffit de réveiller *complètement* une hystérique pour ramener la sensibilité et inversement ;

3° A toute anesthésie ou hyperesthésie assez marquée d'un organe ou

[1] Sollier. *Genèse et nature de l'hystérie*, Paris, Alcan, 1897. 2 vol. in-8°.

d'un membre correspond une anesthésie avec point douloureux dans une région du crâne, correspondant elle-même à une anesthésie limitée du cerveau. L'expérience ayant démontré que, lorsque ce sont des régions périphériques à centres connus qui sont atteints, ces points douloureux craniens correspondent à la région cérébrale contenant leur centre fonctionnel, il doit en être de même pour les viscères, et il y aurait là un moyen de découvrir le centre cérébral des différents organes, estomac, cœur, etc., etc.

Il était nécessaire d'exposer ces différentes doctrines mais il faut bien avouer qu'elles ne nous fournissent pas une explication satisfaisante des phénomènes hystériques. Un de leurs premiers défauts, c'est d'être basées sur l'étude exclusive d'un nombre restreint de malades, de « grands sujets » chez lesquels l'hystérie n'est pas seule en cause et qui constituent l'infime minorité des hystériques. Les phénomènes hypnotiques qui, dans la grande majorité des cas, ont servi de base à ces études sur l'hystérie représentent eux aussi un criterium absolument insuffisant, pour cette raison primordiale que la grande majorité des malades hystériques n'est pas hypnotisable.

La théorie de P. Janet, quelque séduisante qu'elle puisse paraître, en classant d'une façon élégante les principales opérations de l'esprit (sensations, images, actes) laisse inexpliqués une foule de faits dont la clinique nous rend témoins tous les jours.

Aux anesthésies, à la lenteur de conception, au vigilambulisme, à l'aboulie constatées chez certains malades, on peut opposer les hyperesthésies, si fréquentes, l'instabilité continuelle, la facilité de réaction, la ténacité des désirs et de la volonté tant de fois reprochées à la plupart d'entre elles. Enfin il est tout une catégorie de phénomènes qui échappent à l'explication fournie par P. Janet; ce sont les accidents viscéraux et les troubles trophiques (œdèmes, atrophie musculaire, tympanisme, vomissements, hémorragies, toux, bâillement, hoquet, palpitations, gonflement du cou et des seins), etc., etc.[1].

Lorsque, plus loin, nous examinerons les hystériques au point de vue étiologique, nous verrons encore une variabilité si grande dans les apparences extérieures de la maladie, selon que tel ou tel facteur intervient, qu'il nous paraît impossible de ramener les phénomènes à une seule et même interprétation.

A l'heure actuelle, un seul fait est définitivement acquis. L'hystérie est une maladie cérébrale, une affection psychique comme le disait Charcot, affection psychique qui, dans bien des cas, par suite d'une irritation particulière, d'un éréthisme spécial des centres nerveux, reproduit en les grossissant les différentes manifestations de l'activité nerveuse, qu'il s'agisse de réactions motrices, sensitives ou psychiques.

La connaissance plus qu'imparfaite que nous possédons du cerveau, non seulement au point de vue de sa structure intime, mais en ce qui regarde sa

[1] Voy. P. Blocq. *L'État mental dans l'hystérie*, Rev. générale, Gaz. des hôp., 25 novembre 1893.

morphologie et sa physiologie, constitue un obstacle insurmontable, pour le moment du moins, à la saine appréciation des phénomènes de la pensée et des différentes réactions motrices, sensitives ou sensorielles qui peuvent lui appartenir.

On peut cependant admettre que les cellules cérébrales emmagasinent une foule d'impressions qu'elles nous rendent malgré nous, parfois sous la provocation d'une cause occasionnelle, très souvent aussi sans cause occasionnelle. Elles s'organisent en centres qui, lorsque la santé est intacte, peuvent bien manifester leur existence autonome d'une façon passagère, mais agissent toujours synergiquement pour produire cette résultante : l'acte intellectuel, l'acte intelligent.

L'intelligence en effet est une résultante ; cela est si vrai qu'il suffit d'une lésion d'un centre pour la compromettre. La clinique nous en fournit des exemples quotidiens chez les aphasiques, les hémiplégiques, les amnésiques, etc., etc.

Les centres, avons-nous dit, sont autonomes [1], et il semble logique d'admettre que, chez tous les individus, il existe des centres spéciaux et toujours identiques, destinés l'un à la réception des sensations, l'autre à leur coordination. Pour le centre de réception les faits observés chez certains amnésiques sont bien caractéristiques [2]. Alors que chez eux la mémoire des faits anciens est parfaitement conservée, il leur est impossible de recevoir toute impression immédiate, non pas qu'ils soient incapables de comprendre ce qu'on leur dit mais parce qu'ils sont incapables de s'en souvenir. Si on leur commande d'écrire, de se lever, de marcher, ils se préparent à exécuter l'acte mais presque aussitôt ils oublient ce qu'ils doivent faire. Ils se rendent du reste parfaitement compte de leur état, et l'anxiété qui en résulte n'est pas un des caractères les moins intéressants de leur maladie. Il est évident que dans ces cas, il y a lésion du centre de réception devenu incapable d'emmagasiner la sensation pour la transmettre aux centres des différentes mémoires ou pour la transformer en actions.

De même pour le centre de coordination des impressions et des idées qui en sont la synthèse. Si ce centre n'était pas partout identique, on expliquerait difficilement la similitude absolue des manifestations délirantes des malades atteints de délire de persécution par exemple, quelle que soit leur origine,

[1] Les phénomènes hypnotiques sont une preuve de l'existence matérielle de centres autonomes. En effet, lorsqu'on hypnotise un malade on ne supprime pas la personnalité consciente pour n'éveiller que la personnalité inconsciente. On opère une véritable *dissociation* des différents centres, à ce point qu'on peut les endormir ou les éveiller les uns après les autres. C'est cette dissociation de centres ayant chacun une fonction autonome, cette destruction de leur synergie en vue d'un effort intellectuel déterminé, qui supprime chez ces malades la volonté et les met à la merci de l'expérimentateur.

[2] Ces faits ont été observés chez des malades qui n'étaient pas hystériques et chez eux, après la guérison, le souvenir de ce qui s'était passé ne reparaissait pas. On ne peut donc les confondre avec les cas d'*amnésie rétro-antérograde* décrits par Charcot et rattachés par lui à l'hystérie (Clin. des mal. du syst. nerveux, t. II, p. 266).

Voir aussi le Mémoire de Souques sur l'amnésie rétro-antérograde. *Rev. de méd.*, 5 et 11, 1892.

leur intelligence, leur éducation, leur degré de culture, leur nationalité. Ce que l'on dit ici des persécutés pourrait aussi bien s'appliquer aux mélancoliques.

L'autonomie des centres cérébraux apparaît encore si l'on réfléchit aux différentes façons dont s'opèrent la réception et la coordination des impressions. Tantôt cette réception se fait confusément, et la coordination s'opère ensuite d'elle-même ; c'est ce qui se passe dans le sommeil d'une façon inconsciente, c'est ce qui a lieu sous l'influence d'une émotion vive : le phénomène est bien connu.

Dans d'autres cas au contraire, la réception et la coordination se font sous l'influence du travail intellectuel spécial auquel on soumet l'organe. Dans ce dernier cas il existe, cela va de soi, des différences individuelles importantes. Il est intéressant sous ce rapport de comparer l'évolution des centres qui présideront aux différents mouvements, à la marche, au langage et aux différentes fonctions de la vie végétative, à l'évolution des centres véritablement psychiques.

Les premiers, favorisés par une hérédité accumulée, stimulés par les besoins quotidiens et l'éducation qui en est la conséquence, se formeront d'une façon relativement rapide. Les autres, au contraire, seront d'autant plus lents à entrer en activité que les éléments qui doivent être assimilés seront plus abstraits ou d'origine plus récente. Ainsi s'explique la difficulté avec laquelle les idées nouvelles arrivent à s'implanter, mais le phénomène une fois accompli, le centre une fois mis en activité, ainsi s'expliquent aussi les progrès rapides et les perfectionnements incessants qui se manifestent. Le siècle qui vient de s'écouler nous fournit des exemples sans nombre à l'appui de ce que nous avançons.

C'est par l'influence du travail intellectuel, de la mise en œuvre continuelle des centres psychiques qu'on peut se rendre compte de certains phénomènes de « suppléance [1] ». Il est probable que chez les grands travailleurs, les deux hémisphères cérébraux sont en activité, ce qui expliquerait le fait d'une hémiplégie n'entraînant, chez Pasteur, aucune diminution de la puissance du travail et de la vigueur intellectuelle [2].

[1] « La disposition matérielle des centres d'innervation cérébrale paraît être la même *ab origine* sur les deux hémisphères. Seuls l'exercice et l'usage inégal des parties déterminent un plus grand développement relatif fonctionnel, et partant anatomique, d'un des deux hémisphères. On peut à propos du cerveau répéter ce qu'on dit des muscles, qu'ils se développent par l'exercice et s'atrophient par l'inactivité, mais rien de plus. Cette bilatéralité fonctionnelle fondamentale peut être invoquée, non pas en faveur de l'ancienne doctrine des suppléances, mais à l'appui du principe fondé en fait et en doctrine, de la « représentation vicariante » en cas de lésion de déficit unilatéral, d'une partie d'un hémisphère cérébral par celle qui lui correspond sur l'autre hémisphère : cette partie du cerveau jusque-là moins exercée, peut dans certains cas, et après un exercice suffisant, compenser les fonctions disparues ». J. Soury. *Le système nerveux central*, t. II, p. 1060.

[2] Klippel (*La non équivalence des deux hémisphères cérébraux*, Presse médicale, 29 janvier 1898), soutient qu'il existe des différences nombreuses entre les deux hémisphères cérébraux de l'homme. Il se base sur le fait que les lésions de l'hémisphère gauche, plus fréquentes d'une part, retentissent davantage sur l'axe spinal que celui du cerveau droit,

A l'état normal, nos sensations ne sont pas seulement le résultat d'impressions tactiles, musculaires, visuelles, etc., elles sont aussi sous la dépendance d'impressions cœnesthésiques, en même temps qu'elles sont intimement liées à la masse des sensations antérieurement emmagasinées. D'autre part, les éléments nerveux, sous des influences immédiates ou lointaines, sont capables d'exercer une action les uns sur les autres, action qui pourra revêtir la forme soit de l'excitation, soit de l'inhibition. Ce sont là des phénomènes d'observation vulgaire, dont les rêves et l'état de confusion mentale qui précède le réveil sont des exemples frappants ; quant aux phénomènes d'excitation ou d'inhibition, tout le monde a pu les observer fréquemment sur soi-même.

Il s'agit donc de manifestations qui se font jour chez tout le monde, mais qui s'exagèrent ou se limitent suivant l'état plus ou moins prédisposé du cerveau.

Dans l'hystérie justement, nous trouvons, nous l'avons dit, un terrain merveilleusement préparé au point de vue de l'hérédité, une impressionnabilité extrême des centres nerveux. Ainsi s'explique l'influence que peut avoir un agent provocateur quelconque sur la genèse de la maladie. D'autre part les phénomènes cataleptiques, par exemple, sont toujours le résultat d'un ébranlement plus ou moins violent des organes des sens (vue, ouïe, etc.). Et enfin, l'action réciproque des éléments nerveux les uns sur les autres se trouve démontrée par la mobilité des stigmates, et surtout par la disparition des stigmates même les plus anciennement établis dès qu'un stigmate nouveau apparaît, prédominant, qu'il s'agisse d'une attaque, d'une contracture, de paralysie, de délire, etc., etc.

Il n'y a donc pas à proprement parler, 1° rétrécissement du champ de la conscience ; 2° apparition d'une personnalité secondaire : il y a surtout la manifestation d'un phénomène psychique dans ce sens qu'il est cérébral, mais comportant cependant une base matérielle, un changement moléculaire des organes nerveux centraux.

C'est ainsi qu'il faut interpréter, croyons-nous, la théorie de Charcot qui met l'idée fixe à la base de tous les phénomènes hystériques (les paralysies par exemple), mais l'idée considérée à la façon de Bain, de Spencer *comme l'acte déjà commencé* [1].

par suite de la plus ample distribution à la moelle épinière des fibres corticales provenant de l'hémisphère gauche.

Cette distribution inégale des fibres pyramidales à l'un des côtés est un effet de la prédominance fonctionnelle de l'hémisphère gauche et entraîne des dissemblances anatomiques, physiologiques et pathologiques.

Ainsi s'explique la différence de configuration, de poids, de fonctions physiologiques. Le langage intérieur et ses manifestations extérieures appartiennent essentiellement à l'hémisphère gauche. Klippel considère cette différenciation des deux hémisphères comme étant « le propre de l'homme ».

Dans le cas de Pasteur, il s'agissait d'une hémiplégie gauche, ce qui pourrait être interprêté en faveur de la thèse de Klippel. Mais il est des malades chez lesquels les mêmes phénomènes se sont produits et qui étaient atteints d'hémiplégie droite.

[1] Dans l'acte volontaire nous ne pouvons trouver rien de plus qu'une représentation mentale de l'acte, suivie de son accomplissement, une transformation de ce changement psychique naissant, qui constitue à la fois la tendance à l'acte et l'idée de l'acte, en un

Après Möbius, après Oppenheim, Strumpell, qui admettent avec de légères modifications la théorie de Charcot, Breuer et Freud ont placé les différents accidents hystériques sous une influence psychique comparable à celle du traumatisme. Il s'agit, disent-ils, d'une impression violente qui se continue à l'état de souvenir inconscient. C'est une sorte de *trauma psychique,* avec tous les phénomènes d'inhibition des autres centres que comporte un pareil phénomène[1].

Il ne s'agit pas, répétons-le, d'une modification psychologique vague, mais bien d'un changement moléculaire, d'une modification matérielle non seulement de l'écorce, mais aussi des ganglions de la base et des centres cérébraux, centres dont nous ne connaissons pas encore le mécanisme, mais dont l'activité nous est démontrée par la physiologie et la pathologie.

Ces centres subissent l'action des forces physiques, ainsi que l'ont démontré les beaux travaux de Pitres sur les agents esthésiogènes[2], ils sont impressionnés par les influences périphériques, tactiles, musculaires, sensorielles, cenesthésiques, ils perçoivent les excitations éprouvées et transmises par les divers segments de l'axe nerveux. Mais il est certain aussi qu'ils réagissent eux-mêmes soit d'une façon autonome, soit les uns sur les autres, s'excitant ou s'inhibant réciproquement, et qu'en même temps ils exercent une action prépondérante sur les différentes parties du système nerveux et sur les organes qui en dépendent.

C'est pour cela qu'il semble impossible d'admettre avec Grasset[3] que l'hystérie soit une « névrose du système nerveux tout entier » ; c'est pourquoi, d'autre part, la théorie séduisante de Dallemagne sur les dissociations fonctionnelles des divers segments de l'axe nerveux, créant ainsi une multitude d'hystéries, ne nous paraît pas nécessaire pour expliquer les modalités sans nombre des symptômes de la névrose[4].

changement psychique positif qui constitue l'accomplissement de l'acte en tant qu'il est mental. Spencer. *Principes de psychologie*, t. I, Paris, 1875.

[1] P. Janet formulera la même idée en étudiant l'influence de ce qu'il appelle « l'émotion choc » sur la désagrégation de l'Esprit. *Névroses et idées fixes.* Travaux du laboratoire de Psychologie de la Salpêtrière, 2 vol. par P. Janet et le Pr Raymond, Paris, Alcan, 1898. — Les émotions sont divisées en *émotion choc,* modification presque subite de l'état psychologique d'un individu, déterminant une dissociation plus ou moins profonde des synthèses antérieures et *émotion sentiment* ou *émotion permanente,* « système mental particulier s'établissant souvent à la faveur de la dissociation précédente ». Partant de là les auteurs donnent une théorie des délires émotifs systématisés et des délires émotifs généralisés qui soulève bien des objections. Il ne nous est pas possible de les développer ici. A propos de la théorie des émotions elle-même, G. Dumas dans un remarquable article de la *Revue Philosophique* (juin 1899), dit excellemment : « La distinction des émotions chocs et des émotions sentiments telle que l'entendent Raymond et Janet peut donc avoir une importance clinique considérable; elle n'a certainement pas la même importance psychologique, toutes les différences qu'on peut relever étant de degré, non de nature, et même pas toujours très marquées dans le degré.

[2] Pitres. *Leçons cliniques sur l'hystérie,* 1891, p. 163.

[3] Grasset. *La théorie psychologique de l'hystérie* (Nouv. Montpellier médical. novembre 1893).

[4] Dallemagne. *Dégénérés et déséquilibrés.* Bruxelles, 1894. L'auteur, préoccupé de l'insuffisance des théories purement psychologiques à expliquer les différents phénomènes hystériques, attribuant d'autre part à l'écorce cérébrale un rôle psychique, assigne

Il est étrange, disons-le en passant, qu'on ne puisse se résoudre à attribuer au cerveau, organe nerveux perfectionné dont la complexité de forme et de structure a jusqu'ici défié toutes nos investigations, la part qu'on trouve tout naturel de donner aux autres organes (cœur, estomac, etc.). Si l'on s'est décidé, après combien de siècles d'hésitation, à en faire le siège de la pensée et des opérations intellectuelles, on hésite encore lorsqu'il s'agit de définir son action dans les phénomènes purement dynamiques. Et cependant certaines maladies sont là pour montrer l'influence prépondérante du cerveau sur les manifestations de la vie organique. Dans la paralysie générale par exemple, les troubles fonctionnels, les troubles trophiques, les manifestations viscérales, tous les symptômes en un mot sont sous la dépendance d'une lésion primitive indiscutable, la lésion cérébrale.

Et pour ce qui regarde l'hystérie, ce qui prouve bien qu'il s'agit dans l'espèce d'un trouble fonctionnel de centres cérébraux particulièrement excitables, c'est la forme du délire hystérique qui s'identifie complètement avec le délire pour ainsi dire physiologique, le rêve, ou avec le délire toxique, — alcoolique ou autre, — excitation passagère des centres cérébraux, délires très différents, on en conviendra, des manifestations vésaniques, toujours identiques, dues à des lésions certaines, bien que nous ne soyons pas encore parvenus à les déceler.

Cette conception de l'hystérie, considérée comme le résultat d'une excitation anormale de centres cérébraux toujours les mêmes, produisant des phénomènes morbides qui peuvent être passagers, ou qui au contraire s'installeront définitivement chez des individus particulièrement tarés au point de vue héréditaire, permet de résoudre la contradiction qui semble exister entre l'hystérie de l'enfant, de l'adolescent, de la jeune fille (*Nubat illa et morbus effigiet*), et l'hystérie de l'adulte.

Cet éréthisme particulier des centres nerveux nous explique la fréquence des accidents hystériformes chez les enfants, la similitude des manifestations délirantes hystériques et toxiques, la possibilité de la simulation par l'hystérie de diverses maladies nerveuses.

D'autre part, la tare héréditaire si fortement marquée chez les grands sujets hystériques rend compte de l'association fréquente de l'hystérie avec la neurasthénie, l'épilepsie et certaines formes d'aliénation mentale.

Mais réciproquement, il ne faut pas oublier que la similitude des symp-

aux ganglions sous-corticaux, aux ganglions opto-striés et basiques, et enfin à l'axe médullaire et au sympathique une influence prépondérante dans la genèse des phénomènes hystériques. Mais il convient de faire remarquer qu'à l'exclusion des centres psycho-moteurs, et des ganglions de la base, nous ignorons en grande partie les fonctions de ce qui constitue la grande masse du cerveau. Dallemagne prévoit du reste l'objection quand il ajoute : « Notre subdivision de l'axe cérébro-spinal en segments n'est fondée que dans une certaine mesure, dans la mesure, par exemple, qui assure à chaque élément son indépendance, malgré la solidarité qui unit entre eux les différents organes. Au point de vue du système nerveux, les différents segments n'échappent point à la loi commune. Le désordre de l'un retentit sur l'autre, Toutefois celui-ci y résiste à sa façon et le transforme au gré de sa propre individualité. *Le désordre émotionnel est essentiel*, selon nous, dans l'hystérie mais une fois installé, ce déséquilibre émotionnel s'irradie en divers sens », p. 453.

tômes extérieurs pourra souvent nous faire confondre avec la névrose certaines affections capables, à leur tour, de simuler l'hystérie, cette « grande simulatrice. » Il s'agit dans l'espèce de certains cas d'alcoolisme, d'intoxication et d'auto-intoxication, sans oublier certains traumatismes craniens[1].

Définition de l'hystérie. — Donner une bonne définition de l'hystérie, dans ces conditions, cela paraît particulièrement difficile. On peut dire cependant que l'hystérie est une maladie du cerveau, passagère ou permanente, indépendante ou associée, caractérisée par des stigmates physiques, sensitifs et sensoriels, toujours les mêmes, qui le plus souvent coexistent, mais qui peuvent se remplacer mutuellement et disparaître même à l'exception d'un seul d'entre eux qui, devenant prédominant, effacera tous les autres.

Ainsi définie, à l'aide de cette notion primordiale, indispensable des stigmates, due à Charcot, l'hystérie se détache nettement dans le cadre nosologique. Mais cette définition pour ainsi dire symptomatique, laisse la porte ouverte à certaines confusions et à certaines erreurs de diagnostic. C'est ici que Babinski nous permet de la compléter en faisant intervenir la possibilité de reproduire chez les grands sujets hypnotiques tous les accidents primitifs de l'hystérie à l'exclusion de toute manifestation due à des maladies nerveuses étrangères à la névrose. D'autre part, aucune maladie en dehors de l'hystérie n'est susceptible de guérir sous l'influence seule de la psychothérapie, de la persuasion. Les accidents secondaires de l'hystérie (atrophie musculaire par exemple), disparaîtront en même temps que les troubles primitifs, à la suite de la guérison des troubles primitifs, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en préoccuper. Pour Babinski, « L'hystérie est un état psychique, rendant le sujet qui s'y trouve capable de s'auto-suggestionner.

« Elle se manifeste principalement par des troubles primitifs et accessoirement par quelques troubles secondaires.

« Ce qui caractérise les troubles primitifs, c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion[2] avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion.

« Ce qui caractérise les troubles secondaires, c'est qu'ils sont étroitement subordonnés à des troubles primitifs. »

[1] Voy. Pitres. *Loc. cit.*, p. 176.

[2] Babinski. *Définition de l'hystérie.* Comptes rendus de la Société de Neurologie de Paris, 7 novembre 1900. — Pour l'auteur, le mot « suggestion » doit impliquer que l'idée qu'on cherche à insinuer est *déraisonnable.* L'épithète de déraisonnable vise le fait que dans ce cas on suggère à des sujets bien portants l'idée manifestement déraisonnable d'une maladie, car il est évident que l'on peut faire à des hypnotiques nombre de suggestions qui sembleraient parfaitement raisonnables. C'est du reste ce qui ressort de la définition de l'hypnotisme donnée par Babinski :

« L'hypnotisme est un état psychique rendant le sujet qui s'y trouve susceptible de subir la suggestion d'autrui.

« Il se manifeste par des phénomènes que la suggestion fait naître, que la persuasion fait disparaître et qui sont identiques aux accidents hystériques. »

Babinski propose le néologisme de « pithiatisme » (de πειθώ (persuasion) et « ιατος » (guérissable) pour remplacer le mot hystérie, pithiatique devenant synonyme d'hystérique.

État mental dans l'hystérie simple. — Nous avons essayé de définir le plus clairement possible, dans les lignes précédentes, ce que nous entendions sous le nom d'hystérie. Étant donné qu'il s'agit d'une simple exagération d'un état normal, il devient évident que l'état mental de ces malades variera non seulement avec les individus qu'on aura l'occasion d'observer, mais encore avec l'âge, le sexe de ces malades, le degré d'éducation ou de culture qu'ils posséderont, la cause efficiente de la maladie, son apparition à l'état isolé, ou son association avec d'autres névroses ou avec des états mentaux particuliers chez des sujets héréditairement préparés. Nous écartons systématiquement de ce tableau les grands sujets qui, jusqu'à présent, ont servi de modèle pour les descriptions de l'état mental des hystériques, estimant que ceux-ci constituent l'infime minorité dans la masse des malades, et que si leurs manifestations psychiques sont des plus intéressantes à étudier au point de vue de la psychologie pure, elles ne serviraient qu'à nous égarer dans la saine appréciation clinique des réactions mentales chez ce genre d'individus. C'est, croyons nous, par suite de la confusion ainsi créée que tous les auteurs, ou à peu près, qui jusqu'à ces dernières années avaient décrit l'état mental des hystériques, l'avaient fait avec une arrière-pensée. Pour eux l'esprit de « simulation » primait tout, c'était le mobile de leurs moindres actions. Les hystériques ont tous les défauts : coquettes, menteuses, exagérées en tout, cherchant à se faire valoir, à tromper leur monde par toutes leurs actions. Qu'elles obéissent à un mobile généreux ou à une idée mauvaise, c'est tout un. Elles simulent toujours. Le diagnostic d'hystérie étant simplement basé sur des manifestations psychiques, sans être appuyé par la recherche des stigmates somatiques, il en est résulté une regrettable confusion. On a décrit comme hystériques tels malades qui étaient des aliénés simples, ou on a considéré comme de l'hystérie simple la combinaison de l'hystérie et de la folie. Pendant longtemps le livre de Legrand du Saulle a fait autorité sur la matière; or il est rempli d'erreurs de ce genre, ce qui fait dire à Pitres[1] : « Il est de toute évidence que si l'on établit l'histoire de l'hystérie sur de pareilles observations, on y fera entrer toute la pathologie mentale et bien d'autres choses encore. »

La caractéristique de l'hystérie au point de vue mental, c'est, nous l'avons vu, une sensibilité exquise, une impressionnabilité extrême des centres psychiques. D'une part elle les rend propres à réagir les uns sur les autres, comme c'est le cas dans les faits d'hystéro-traumatisme, d'astasie-abasie, de contracture, etc., etc., où l'imagination des malades a fait tout le mal. C'est en somme de l'auto-suggestion. D'autre part, cette impressionnabilité rend les centres nerveux beaucoup plus sensibles aux actions extérieures, à l'influence venue d'une deuxième personne.

Comme conclusion logique, l'esprit d'imitation, la tendance à reproduire ce qui se fait devant eux, se développe avec une puissance extraordinaire chez les hystériques (tics, épidémies de chorée, etc., etc.).

Ces trois conditions sont plus que suffisantes pour expliquer tous les phé-

[1] Pitres. *Du suicide des hystériques.* Bulletin médical du 10 septembre 1890.

nomènes, psychiques ou physiques, observés chez les hystériques. Dans les cas douteux, la définition lumineuse de Babinski nous rendra les plus grands services en nous permettant : 1° de délimiter exactement ce qu'on doit entendre par phénomène hystérique ; 2° d'assurer le diagnostic sur des bases solides en soumettant les symptômes observés à un criterium pour ainsi dire infaillible.

Il est donc inutile d'invoquer une perversion morale plus ou moins vague, en désaccord avec ce que nous enseigne l'observation quotidienne.

« Les hystériques ont très souvent le caractère mobile, fantasque, romanesque ; elles se laissent entraîner sans réflexion aux impressions du moment ; elles ont des tendresses ou des haines peu justifiées ; mais elles ne sont pas toutes d'effrontées menteuses, ainsi qu'on voudrait nous le faire croire [1]. »

Il est inutile d'insister sur l'énumération des caractères attribués aux hystériques ordinaires. Le tableau en a été tracé maintes et maintes fois, en particulier par P. Richer [2]. Mais il y a lieu de tenir compte des différences individuelles, et il faut réfléchir au fait que les accidents hystériques proprement dits modifient d'une façon profonde le tempérament des malades qui se montrent toutes différentes, suivant qu'elles sont, ou non, en imminence d'attaques ou d'accidents équivalents aux attaques.

Sexe. — L'hystérie affecte les deux sexes dans une proportion que nous ne serions pas éloigné de considérer comme égale de chaque côté. Mais si on compare le mode de réaction chez les individus atteints de la même maladie, on est tenté d'attribuer une dose de sensibilité beaucoup plus grande à l'homme. La maladie chez lui est certainement beaucoup plus grave, beaucoup plus sérieuse ; le pronostic en est infiniment plus fâcheux.

Au point de vue psychique, la femme hystérique est bien moins atteinte. Sans rééditer les vieux clichés relatifs aux attitudes évaporées des hystériques, on peut dire que la maladie affecte chez la jeune fille des dehors beaucoup plus bruyants que chez l'homme. Il y a du reste des exceptions, et ici encore il faut tenir compte des différences individuelles. Il existe un grand nombre de malheureuses jeunes filles qui souffrent cruellement de leur maladie et des accidents divers qu'elle comporte, et qui ne réalisent nullement le fameux « tempérament hystérique ». Mais d'une façon générale, la sphère psychique est beaucoup moins affectée. Il n'y a chez elles qu'une exagération du tempérament féminin ordinaire, exagération suffisamment expliquée par une impressionnabilité plus grande.

Chez l'homme il en est tout autrement. Un grand fait domine l'histoire de l'hystérie mâle, à savoir l'association fréquente, nous pourrions presque dire forcée, de la neurasthénie avec la grande névrose. C'est au point que Charcot avait coutume de désigner cette combinaison sous un seul vocable, celui d'*hystéro-neurasthénie* [3].

[1] Pitres. *Leçons sur l'hystérie et l'hypnotisme*, Paris, Doin, 1891, t. II, p. 56.

[2] Richer. *Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie*, Paris, 1881.

[3] Voy. Charcot. Leçons du mardi à la Salpêtrière ; policlinique, 1888-1889. Notes de cours de Blin, Charcot, H. Colin, t. I et II, *passim* et t. II, p. 257.

Tous les auteurs qui, après Charcot, se sont occupés de la question [1] ont souligné le même fait. Bodenstein [2], dans 122 cas d'hystérie mâle, relève comme caractère dominant la dépression mélancolique, la neurasthénie. Briquet, qui attribuait à l'homme une prédisposition à la maladie vingt fois moins grande que celle de la femme, rapportait le fait à la sensibilité plus grande de cette dernière qui a « dans la société une mission noble et de la plus grande importance, celle d'élever l'enfance, de soigner et de faire le bien-être de l'âge mûr et de la vieillesse ».

Il conviendrait de retourner la proposition, et si le rôle dévolu à l'un ou à l'autre sexe dans les sociétés modernes doit avoir une importance capitale sur le mode de réaction de la maladie, il apparaît bien que l'homme occupant la place prépondérante, et de qui dépend la famille, doit réagir de façon toute spéciale sous l'action d'une maladie dont le manque de travail et la misère seront les conséquences forcées.

Car il importe de savoir que l'hystérie, et surtout l'hystérie de l'homme, n'est pas comme on le pensait autrefois le privilège des classes élevées et intelligentes [3], et nous venons de voir que les hommes hystériques sont loin d'être des individus efféminés, se rapprochant des femmes par leurs caractères et leurs tendances. Les classes pauvres, au contraire, payent un large tribut à la névrose ; étant donnée une maladie aussi répandue que l'hystérie, maladie qui peut exister en puissance pendant de longues années, mais que la moindre cause occasionnelle [4] pourra faire éclater, il est certain que les classes pauvres seront beaucoup plus que les autres exposées à l'action de ces causes occasionnelles : traumatisme, intoxication, misère, etc. « Il faut la chercher, disait Charcot, sous les haillons, chez les déclassés, les mendiants, les vagabonds, dans les dépôts de mendicité, les pénitenciers, les bagnes peut-être [5]. » Ce simple énoncé suffit à expliquer la coexistence de la dépression mélancolique, de la neurasthénie, avec la névrose qui conserve, cependant, tous ses caractères ordinaires.

Age. — L'état mental des hystériques ne varie pas seulement avec le sexe, il se modifie aussi suivant l'âge.

On a attribué aux enfants hystériques les mêmes tendances qu'il est convenu de prêter aux malades ordinaires. « Les jeunes hystériques pratiquent volontiers le mensonge et jouent d'instinct la comédie, dit Jules Simon [6]. Ils sont fantasques, capricieux, bizarres, en même temps que très intelligents ».

[1] Voy. Gilles de la Tourette. *Traité de l'hystérie*, 1891, p, 111.

[2] Bodenstein. *Hysterie bei männlichen Geschlecht. Dissertatio Wurzburg*, 1889.

[3] Klein. *De l'hystérie chez l'homme. Th. de Paris*, 1880.

[4] Guinon (Georges). *Les agents provocateurs de l'hystérie*. Paris, 1889.

[5] Charcot. Leçons du mardi, 1888-1889, p. 393. Nous avons nous-même donné des exemples de la vérité de cette assertion. Voy. Colin. *Essai sur l'état mental des hystériques*. Paris, Rueff, 1890, p. 14 et 37.

[6] *Conférences thérapeutiques et cliniques sur les maladies des enfants*, 4e éd., 1887, t. II.

Mais comme le dit excellemment Clopatt[1] « les particularités du caractère que nous avons indiquées se retrouvent jusqu'à un certain point chez l'enfant en bonne santé. C'est ainsi qu'Emminghaus déclare qu'on ne peut pas parler de volonté chez les enfants, mais seulement de désirs et d'efforts. Dans l'enfance, en effet, l'imagination et le sentiment sont plus actifs que la raison et la réflexion ».

A part l'impressionnabilité extrême qui existe chez les enfants comme chez tous les hystériques, à part l'esprit d'imitation qui les caractérise, il n'y a rien de spécial chez eux au point de vue mental. Ce qui le prouve bien, c'est que chez les enfants, on le sait, la guérison de la maladie est de règle. « Le cerveau, dit Gilles de la Tourette (*loc. cit.*, p. 545), est en pleine période évolutive, l'impression reçue peut être vivement ressentie, mais elle ne laisse pas, le plus souvent, de traces durables. » Il en est ainsi, ajouterons-nous, lorsque les parents effrayés par les symptômes à grands fracas de la maladie, ne perdent pas la tête et n'aggravent pas, par leur attitude, une affection d'un pronostic toujours favorable.

Si nous examinons maintenant ce qui se passe dans l'hystérie sénile, nous voyons qu'ici les caractères de l'état mental sont les mêmes dans les deux sexes. Maurice de Fleury désigne la maladie sous le nom d'*hystérie douloureuse à manifestations splanchniques*[2], et pour lui le caractère de l'hystérique sénile et son état mental sont sensiblement les mêmes que ceux des hystériques adultes.

Nous pensons, et Gilles de la Tourette[3] semble être de notre avis, que les symptômes de l'hystérie chez les vieillards se rapprochent de ceux qui caractérisent l'hystérie mâle. Il s'agit dans l'espèce, non plus d'hystériques simples, mais d'*hystéro-neurasthéniques*. La neurasthénie se fait remarquer par la dépression mélancolique qui affecte tous ces malades, par leurs tendances hypochondriaques ; ils sont abattus, découragés, sans énergie. On peut croire qu'ils exagèrent leurs souffrances; peut-être, mais en tous cas ces souffrances existent bien réellement. Enfin les signes physiques, la céphalée avec ses caractères ordinaires, les troubles digestifs et les différentes zones douloureuses ne font presque jamais défaut. Ces symptômes neurasthéniques s'allient aux différents stigmates hystériques.

Manifestations délirantes chez les hystériques. Délire. — Nous allons aborder l'étude des différents phénomènes pathologiques que peut présenter l'hystérie. De même que nous avons écarté de façon systématique l'étude des grands sujets hystériques, types exceptionnels chez lesquels une association de plusieurs états morbides, combinée à une sorte d'entraînement tout particulier, a déterminé un état mental absolument spécial, qu'on ne retrouve nulle part, de même nous écarterons absolument tout ce qui

[1] Clopatt. *Études sur l'hystérie infantile.* Helsingfors, 1888, p, 26.
[2] De Fleury. *Contribution à l'étude de l'hystérie sénile.* Bordeaux, 1890.
[3] *Loc. cit.*, p. 355.

est du ressort de l'hypnotisme (catalepsie, somnambulisme provoqué, états seconds, etc.), manifestations psychologiques certainement très intéressantes au point de vue de l'étude du fonctionnement du cerveau, mais dans lesquelles la nécessité d'une intervention étrangère apporte un élément perturbateur, en même temps qu'elle enlève toute idée de comparaison avec les états psychiques morbides naturellement développés.

Ces réserves une fois faites, nous étudierons :

1° Les manifestations délirantes dans l'hystérie ordinaire (délire hystérique ou délire de l'attaque, somnambulisme et automatisme ambulatoire).

2° L'état mental dans l'hystérie associée avec la folie.

« Le délire hystérique proprement dit n'est autre chose qu'un équivalent d'une attaque d'hystéro-épilepsie dont les phases sont plus ou moins distantes. C'est ainsi que l'attaque peut avoir un début net et se continuer ensuite par le délire [1] ».

C'est l'idée que nous avons nous-même soutenue [2] et qui a été défendue également par Gilbert Ballet [3] et Gilles de la Tourette [4]. Ce délire peut, ou bien représenter une des périodes de l'attaque classique, la quatrième, ou bien constituer l'attaque à lui seul, en un mot en être l'équivalent au même titre qu'un accès de chorée rythmée, de mutisme, une contracture, un blépharospasme, une attaque de sommeil, etc., etc.

Ce délire est des plus variables, gai, triste, furieux, religieux ou obscène. Il est entremêlé d'hallucinations qui apparaissent généralement du côté de l'anesthésie. Ces hallucinations sont auditives et visuelles, et ces dernières ressemblent à s'y méprendre aux hallucinations de la vue chez les alcooliques. C'est un délire de rêve. Il y a, suivant le terme consacré, de la zoopsie. Les malades voient des animaux, des araignées, des rats, etc., etc.

Cette période de délire a été confondue parfois avec la troisième période de l'attaque ou phase des attitudes passionnelles. En effet, comme le dit Ballet [5], à cette phase on est en plein délire. La malade est en proie à des hallucinations qui la ravissent et la transportent dans un monde imaginaire. Là elle assiste à des scènes où elle joue souvent le principal rôle. Au contraire, le délire de la quatrième et dernière phase (période de délire), est surtout un délire de mémoire plutôt qu'un délire sensoriel. Les malades s'absorbent dans le souvenir de quelques-uns des événements de leur vie passée, particulièrement des événements impressionnants et pénibles ; elles se plaignent de leur destinée, confient inconsciemment à l'entourage, en un langage entrecoupé, triste et mélancolique, les peines, les tourments, les remords qui les obsèdent. Elles ne sont pas absolument étrangères à ce qui se dit et se passe autour

[1] Klippel. Article *Délire. Manuel de Médecine* de Debove et Achard, 1894, p. 510.

[2] Colin. *État mental des hystériques*, p. 17.

[3] Gilbert Ballet. *Rapports de l'hystérie et de la folie* (Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. Clermont-Ferrand, 1894).

[4] Gilles de la Tourette. *Traité de l'hystérie*, 2ᵉ partie. Hystérie paroxystique. Paris, 1895, t. I, p. 278, sq.

[5] *Loc. cit.*, p. 18.

d'elles, mais elles rapportent à leur délire les paroles qu'elles entendent.

P. Richer[1] différencie de la façon suivante les phénomènes délirants de la quatrième et de la troisième période.

« Si dans les deux cas il y a conception délirante, dans l'un c'est le délire de mémoire, dans l'autre c'est le délire d'action. Dans la quatrième période, la malade converse et raconte, dans la troisième elle agit. Ici de la mimique, des attitudes variées ; là des paroles, des discours. Si la quatrième période se parle, la troisième se joue. Les hallucinations sont la raison d'être, la raison *sine qua non*, de la troisième période, les attitudes passionnelles n'en étant en quelque sorte que la traduction objective, elles manquent le plus souvent dans la quatrième période, et sont remplacées par des illusions ».

Chez l'homme, le délire est en général beaucoup plus accentué que chez la femme. Les hallucinations terrifiantes sont beaucoup plus marquées. De même que l'hystérie chez lui s'accompagne d'abattement, de découragement, de même le délire prend constamment une tournure triste et souvent effrayante.

Un caractère essentiel du délire hystérique, qui permet de ne pas le confondre avec les accès d'excitation maniaque des aliénés, c'est d'être un phénomène passager. Le délire hystérique pris à l'état isolé n'est jamais de longue durée. Bourneville et Regnard[2] en ont rapporté un cas qui a duré deux jours et Gilles de la Tourette[3], contestant notre opinion à cet égard, cite un cas de « mal délirant à forme maniaque, hallucinatoire, consécutif à une attaque ou mieux à une série d'attaques qui se prolongea pendant plus d'un mois ». Ce sont là des faits exceptionnels ; en général le délire dure quelques heures au plus, puis tout rentre dans l'ordre.

Cette durée restreinte du délire est un excellent élément de diagnostic : on peut y joindre les caractères tirés de l'examen des urines, abaissement du volume de l'urine, du résidu fixe, de l'urée et des phosphates avec inversion de la formule de ces derniers[4].

Au point de vue diagnostique, Moreau de Tours[5] a insisté aussi sur l'état de demi-connaissance dans lequel se trouvent les malades et grâce auquel, si on interroge ces derniers au cours de leurs divagations, ils reviennent pendant un instant à eux-mêmes, quitte à retomber rapidement dans leurs anciens errements.

Une fois l'accès fini, les malades redeviennent parfaitement calmes et normaux, ce qui n'est pas le cas pour les aliénés.

Tels sont les caractères généraux du délire hystérique qui, en s'isolant ou en se prolongeant, peut arriver à remplacer complètement l'attaque convulsive, ainsi que Charcot, décrivant les attaques incomplètes, se plaisait à le répéter.

[1] Richer. *Loc. cit.*
[2] *Icon. photograph. de la Salpêtrière*, t, II, p. 246.
[3] Gilles de la Tourette. *Traité de l'hystérie*, 2e partie, t. I, p. 287.
[4] Gilles de la Tourette et H. Cathelineau. *La nutrition dans l'hystérie*, 1890.
[5] Moreau de Tours. *La folie névropathique*.

Pitres[1] décrit trois formes de ces attaques sous les noms de : 1° attaques de manie hystérique; 2° attaques de délire hallucinatoire; 3° attaques de délire ecmnésique.

Nous venons de décrire l'attaque de délire hallucinatoire ; nous n'y reviendrons pas. Pour ce qui est de l'attaque de manie hystérique, la description donnée par les auteurs ne nous paraît pas de nature à justifier la création d'une entité morbide particulière, nettement différenciée des états maniaques ordinaires. Cependant, et bien que nous soyons convaincu qu'il s'agit là d'une association et non d'une maladie spéciale, nous discuterons plus loin, lorsque nous examinerons la combinaison de l'hystérie et de la folie, les différentes opinions qui se sont manifestées à ce sujet. Pour rester sur le terrain de l'hystérie pure, nous ferons remarquer que les formes de délire maniaque ont surtout été décrites chez les enfants[2]. Il y aurait bien des réserves à faire sur certaines des observations qui ont été publiées à ce sujet; celles de Clopatt et Blocq en particulier visent des cas d'hystérie alliés à l'aliénation mentale.

D'autre part, comme le dit Gilles de la Tourette [3], « l'impressionnabilité cérébrale des enfants est parfois telle qu'il existe une *forme délirante* assez particulière à l'hystérie infantile, forme presque pure dans laquelle les stigmates font parfois complètement défaut ». Dans les états légers c'est surtout le rêve qui prédomine et ces états se confondent, pour ainsi dire, avec les attaques de somnambulisme si fréquentes à cette période de la vie. Dans les formes plus graves, il s'agit d'un délire véritable que Briquet[4] avait déjà signalé, et enfin dans certains cas, de délire avec excitation maniaque.

La troisième variété d'attaques de délire décrites par M. Pitres sont les attaques de délire ecmnésique.

« L'*ecmnésie* est une forme d'amnésie partielle dans laquelle le souvenir des événements antérieurs à une certaine période de la vie est intégralement conservé, tandis que le souvenir des événements postérieurs à cette période est totalement aboli.

« Si cette définition est exacte, le phénomène de l'ecmnésie doit donner lieu à des modifications psychiques dont il est possible de se faire une idée en réfléchissant au rôle que joue la mémoire dans le fonctionnement des facultés intellectuelles.

« Supposez un instant qu'un sujet âgé de trente ans perde subitement le souvenir de tout ce qu'il a connu et appris pendant les quinze dernières années de sa vie. Par le fait même de cette amnésie partielle, il se produira dans l'état mental du sujet une transformation radicale. Il parlera, agira,

[1] Pitres. *Leçons sur l'hystérie et l'hypnotisme, loc. cit.*, t. II, p. 283.

[2] Voy. Charcot. Spiritisme et Hystérie. *Leçons sur les maladies du syst. nerveux*, t. III, p. 226. — *Leçons du mardi*, t. I, p. 199.

Blocq. Hystérie maniaque infantile. *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 1889.

Clopatt. *Loc. cit.*, p. 92.

[3] *Traité de l'hystérie*. p. 546.

[4] *Traité de l'hystérie*, p. 428.

raisonnera comme il l'eût fait à l'âge de quinze ans. Il aura les connaissances, les goûts, les sentiments, les mœurs qu'il avait à quinze ans. Au point de vue mental, ce ne sera plus un adulte, mais un adolescent[1]. »

Somnambulisme. — A côté du délire hystérique, il y a lieu de décrire deux manifestations psychiques de l'hystérie pure, le somnambulisme et l'automatisme ambulatoire.

Le somnambulisme spontané ou noctambulisme, n'est pas rare, surtout chez les enfants. On le voit survenir chez eux au même titre que les rêves, les terreurs nocturnes, etc., et la bénignité de ce syndrome est telle que beaucoup d'auteurs ont hésité à le rattacher à l'hystérie.

Gilles de la Tourette[2] se prononce pour l'affirmative. « Nous croyons, dit-il, en nous appuyant sur de nombreuses observations, que le somnambulisme est une manifestation larvée de l'hystérie chez les enfants. Elle peut être unique, s'éteindre lors de l'adolescence, ou se transformer alors et faire place aux autres symptômes de la névrose. Il n'est pas rare d'ailleurs de voir des hystériques somnambules dites naturelles pendant leur enfance, continuer à être somnambules à un âge plus avancé.[3] » C'est à cette conclusion que s'est arrêté Charcot et c'est elle aussi qu'a soutenue Guinon[4].

Les sujets atteints de somnambulisme spontané (enfants, adolescents ou adultes), se lèvent la nuit, et « exécutent des fonctions qui appartiennent à l'état de veille » (Frank). Les yeux sont ouverts[5], — Shakespeare l'avait déjà noté dans la fameuse scène de Macbeth, — le regard est fixe, sans expression, la pupille est immobile. Les malades vont, viennent, écartent les obstacles ou les personnes qui se trouvent sur leur passage ; certains d'entre eux lisent, écrivent, causent. D'autres, ceux qui ont des professions manuelles en particulier, se mettent à l'ouvrage et font ce qu'ils ont l'habitude de faire dans la journée. Ils ne voient et n'écoutent que ce qui a trait, suivant l'expression de Gilles de la Tourette, « *au rêve dont le somnambulisme n'est que l'expression objective.* » Au réveil, tout souvenir de ce qui s'est passé a disparu. Par contre, le souvenir du premier accès peut reparaître dans une seconde attaque.

Fidèles à la règle que nous nous sommes tracée, nous passerons sous silence les somnambulismes de la grande attaque, le somnambulisme provoqué, le vigilambulisme, le dédoublement de la personnalité (états seconds), dont les cas typiques d'Azam[6], de Mac-Nish, de Dufay, de Mesnet, etc., ont démontré l'existence, mais qui sont le fait isolé de quelques grands sujets hystériques chez lesquels ils représentent une transformation de l'attaque.

[1] Pitres. *Loc. cit.*, p. 290.

[2] Gilles de la Tourette. *L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal*, 1887, p. 168.

[3] Nous avons nous-même rapporté plusieurs cas de ce genre. Voy. Colin. *État mental des hystériques*, p. 38 et obs. 21, 30, 40.

[4] Guinon. *Des somnambulismes*. Bibl. Charcot-Debove.

[5] Hack Tuke. *Sleep Walking and Hypnotism*. London, 1884.

[6] Azam. *Amnésie périodique ou dédoublement de la vie*. Rev. scientifique, nº 47, 20 mai 1876.

Automatismes ambulatoires. Hystérie et alcoolisme. — Par contre, nous décrirons brièvement l'automatisme ambulatoire, les fugues hystériques qu'il importe de connaître en raison des conséquences médico-légales qu'elles peuvent avoir[1].

Pitres[2] a bien défini les conditions dans lesquelles s'opèrent ces fugues. Le malade, plusieurs jours avant la crise, éprouve des malaises, des tristesses, des maux de tête ; puis il est pris d'un désir impérieux de marcher, de partir. Parfois, au besoin de marcher s'ajoute une obsession psychique, l'idée de visiter tel ou tel endroit, telle ou telle ville, parfois aussi le départ succède à un rêve, à une hallucination.

Aussitôt parti, le malade perd la conscience et le souvenir de ce qu'il fait, il va devant lui sans se soucier des obstacles. Une fois l'obsession satisfaite, le malade revient à lui et se tient tranquille pendant un certain temps.

Nous avons nous-même noté tous ces caractères dans l'observation que nous avons publiée[3] ; aussi sommes-nous absolument de l'avis de M. Pitres, lorsqu'il dit : « Les prodromes me paraissent avoir une grande valeur clinique... L'épileptique n'a pas tant de prévoyance, il ne raisonne pas avec sa maladie. Il perd tout à coup connaissance, et tant que dure l'accès, il agit inconsciemment, comme un automate ».

Ajoutons que les malades de ce genre présentent toujours des stigmates hystériques et des attaques dont les accès d'automatisme constituent une transformation, mais qui permettent de faire le diagnostic de la fugue hystérique avec la fugue épileptique et l'automatisme ambulatoire d'origine alcoolique.

Il convient de faire remarquer ici les liens étroits qui rattachent les manifestations psychiques de l'hystérie et celles de l'alcoolisme. Ce sont les mêmes hallucinations, les mêmes illusions. « Le délire alcoolique, a dit Lasègue, n'est pas un délire, c'est un rêve. » On peut en dire autant du délire hystérique. Les hallucinations auditives, plus fréquentes que ne le croyait Lasègue, les hallucinations visuelles, sont les mêmes dans les deux cas. Dans les deux cas il y a les mêmes illusions, et de la zoopsie. Il est donc probable qu'il y a excitation des mêmes centres psychiques, et que l'agent excitant seul diffère.

L'analogie est frappante encore entre certaines manifestations hystériques telles que l'automatisme ambulatoire et les fugues des alcooliques, les manifestations délirantes du *delirium tremens* et le délire de l'attaque hystérique. Dans les deux cas, on peut provoquer des illusions et des hallucinations. C'est ainsi qu'une femme, en plein delirium, à laquelle on disait qu'il y avait autour d'elle des tigres, des lions qui allaient la dévorer, voyait parfaitement ces animaux et poussait des cris véritablement effrayants[4].

[1] L'automatisme somnambulique peut avoir aussi des conséquences judiciaires, ainsi qu'en font foi les cas de Motet; *Annales d'hygiène et de méd. légale*, 1881, t. V, p. 214; Paul Garnier; *L'automatisme somnambulique devant les tribunaux*, Annales d'hygiène et de médecine légale, avril 1887.

[2] Pitres. *Loc. cit.*, t. II, p. 274.

[3] H. Colin. *Automatisme ambulatoire alcoolique. Automatisme ambulatoire histérique*, Gazette des hôpitaux, 1890, n° 86 et 92.

[4] Voy. les observations publiées in : Colin; *État mental des hystériques, loc. cit.*, p. 34.

Il est essentiel d'avoir présentes à l'esprit ces manifestations morbides analogues, de l'hystérie d'une part, de l'alcoolisme de l'autre. On le comprendra aisément si on réfléchit que chez les hommes hystériques surtout, il est extrêmement fréquent de constater un appoint alcoolique qui, à n'en pas douter, influe sur les différents accidents auxquels sont sujets ces malades.

Hystérie associée à la folie. — Nous venons de décrire les caractères qui nous semblent appartenir en propre à l'hystérie pure et les phénomènes psychiques qui en dépendent. Il nous reste maintenant à traiter des rapports de l'hystérie et de la folie. Nous avons soutenu [1] avec Féré [2] et Déjerine [3] qu'il n'existait pas, à proprement parler, de « folie hystérique », et que les cas décrits sous ce nom constituaient simplement une combinaison de l'hystérie avec les différentes formes de la folie. Cette idée combattue par un certain nombre d'aliénistes a été partagée par l'école de la Salpêtrière, par Charcot, par Gilles de la Tourette [4], et avec quelques restrictions par Pitres, G. Ballet, Janet, etc.

Pour bien la faire comprendre, il convient tout d'abord de décrire ce que les auteurs entendent par « *folie hystérique* ».

« L'hystérie, disait Esquirol, dégénère et passe souvent à la folie et dans beaucoup de cas elle n'en est que le premier degré. » C'est Esquirol aussi qui attribuait à une « véritable catalepsie de l'intelligence », les différents acci-

[1] H. Colin. *Essai sur l'état mental des hystériques*. Paris, 1890.

[2] Féré. La famille névropathique. *Arch. de neurol.*, 1884, t. VII, p. 11.

[3] Déjerine. *Th. d'agrég.*, p. 123.

[4] Cet auteur, dans son *Traité de l'Hystérie*, Paris, 1891, p. 489, s'exprime ainsi : « Depuis la publication de notre article, il a paru une thèse de M. Colin : « *Essai sur l'état mental des hystériques*. Dans cette thèse M. Colin bien que *dûment averti* de la publication de notre article qu'il reproduit en substance, feint d'en ignorer l'existence. Nous réclamons la priorité, parce qu'à la lecture de sa thèse nous ne voudrions pas qu'on pût nous classer parmi les auteurs dont il parle en ces termes : « On a beaucoup écrit sur l'état mental des hystériques; mais chose singulière, tous les auteurs, ou à peu près, qui ont traité ce vaste sujet l'ont fait avec une arrière-pensée. Pour eux l'esprit de « simulation » prime tout chez ce genre de malades, c'est le mobile de leurs moindres actions. *Aussi quel tableau bizarre on nous fait de l'esprit des hystériques!* »

Sans insister sur le fait que les observations sur lesquelles s'est basée notre conviction provenaient toutes, ou à peu près, des services d'aliénés, et par conséquent avaient forcément échappé à la sagacité de M. Gilles de la Tourette, nous nous bornerons à constater que cet auteur, aux qualités duquel nous nous empressons de rendre hommage, avait lu notre travail d'une façon incomplète. S'il en avait été autrement, il aurait trouvé page 15 la note suivante qui lui donne pleine satisfaction.

« Nous avons examiné des centaines d'hystériques d'abord pendant les deux années que nous avons passées dans le service de M. Charcot, ensuite pendant nos trois années d'internat. Nous croyons donc être à même de les juger. C'est le résultat de notre impression générale que nous donnons plus haut.

« On consultera avec fruit sur le sujet qui nous occupe le livre de M. Gilles de la Tourette : *L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal*, 2e édit. Paris, 1889.

« Lire également du même auteur : *Considérations sur les ecchymoses spontanées et sur l'état mental des hystériques*. Nouvelle Iconogr. de la Salp., mars-avril, 1890, n° 2. *Les conclusions de l'auteur ne s'éloignent pas sensiblement des nôtres; elles s'imposent d'ailleurs, croyons-nous, à tout observateur impartial des faits* ».

dents psychiques de la névrose. Il suffit de rappeler qu'à cette époque les termes de catalepsie et d'hystérie avaient une signification vague toute différente de celle qu'on leur attribue aujourd'hui.

Marcé décrit une folie hystérique comprenant une manie hystérique, dans laquelle « l'accès seul est caractéristique », un « délire général mélancolique », rare d'ailleurs, un « délire mélancolique partiel » plus fréquent, enfin un « délire hypochondriaque ».

Morel insiste sur les rapports de la folie hystérique avec les prédispositions héréditaires léguées par les parents et l'exagération du tempérament nerveux propre au malade, idée juste que malheureusement il n'approfondit pas.

Moreau de Tours [1], tout en confondant les manifestations psychiques de l'hystérie avec les formes les plus variées de l'aliénation mentale, entrevoit cependant que la folie dite hystérique est, en réalité, un simple délire, qui doit être séparé de la folie (délire chronique) proprement dite.

Falret [2], dont les opinions ont fait autorité sur ce sujet, note l'extrême mobilité des hystériques, « dont la vie n'est qu'un perpétuel mensonge ». On peut noter chez elles comme trait caractéristique, « la rapidité et même l'instantanéité de production des idées, des impulsions et des actes », elles « s'abandonnent instantanément aux impulsions qui surgissent spontanément chez elles sans cause connue et sans réflexion préalable » ; elles « ont fréquemment des tendances érotiques prononcées, quoique l'on ait beaucoup exagéré cette disposition ordinaire de leur nature, car elles sont plus souvent coquettes et vaniteuses que vraiment ardentes et passionnées ».

Il convient d'ajouter que le chapitre de « la folie hystérique » est intercalé dans un mémoire sur la « folie raisonnante ou folie morale », et l'on conviendra que d'après les caractères donnés par l'auteur, il serait difficile de l'en séparer.

Legrand du Saulle [3] admet quatre degrés dans les troubles intellectuels des hystériques.

« Chez les malades du premier degré, l'hystérie est légère, les facultés affectives sont un peu diminuées....., c'est du nervosisme plutôt que de l'hystérie proprement dite.

« Au degré suivant, le trouble est plus prononcé, la façon de percevoir les impressions du dehors et de réagir contre elles trahit une équilibration vicieuse des facultés......

« Un pas de plus et c'est déjà l'hystérie grave..... avec dérangement marqué des facultés. La malade est conduite aux actes les plus étranges et les plus audacieux, aux accusations les plus odieuses, aux dénonciations les plus fausses ».

[1] *La folie névropathique* (vulgo hystérique), 1869.

[2] Falret. *Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Paris, 1890, p. 499. Le travail et la communication à la Société médico-psychologique datent de 1866.

[3] Les hystériques. *État physique et état mental*. Paris, 1883, p. 200.

« Le quatrième degré enfin constitue la folie hystérique ».

Celle-ci consiste (p. 292) en accès de manie, de mélancolie, en hallucinations, en impulsions irrésistibles. Tous ces accidents se combinent le plus souvent ; l'incoordination maniaque, par exemple, s'accompagne habituellement d'hallucinations, d'impulsions ».

Schüle [1] décrit une folie hystérique qui se distingue de la folie hystéro-épileptique. Elle est, dit-il, *infiniment variable*, aiguë ou chronique, passagère ou durable. Toutes les formes mentales peuvent s'y rencontrer, mais elle a toujours une physionomie spéciale ; les folies hystériques constituent un groupe *étiologique*. Il décrit de la sorte une mélancolie, une manie, un délire systématisé, une paranoïa hystérique dans lesquels on chercherait vainement des caractères particuliers à la névrose,

Krafft-Ebing[2] décrit un délire transitoire, un délire prolongé et enfin des psychoses hystériques (Hysterische Psychosen). Ces dernières se divisent en deux classes, suivant qu'elles apparaissent sur un terrain hystérique simple ou qu'elles sont une marque de la dégénérescence hystérique.

Dans le premier cas, ce sont, dit-il, des psychonévroses (mélancolie, manie), d'un pronostic favorable, se différenciant des psychoses correspondantes non hystériques par une évolution en général plus rapide, et un mélange de symptômes appartenant à la grande névrose.

Dans le second cas, les psychoses hystériques révèlent l'existence d'une « dégénérescence fonctionnelle, progressive, constitutionnelle ou héréditaire. Elles représentent alors les *formes* dégénératives de la folie raisonnante ou moral insanity ».

L'existence des stigmates donnent à ces psychoses leur caractère hystérique.

On voit combien les diverses modalités délirantes qui ont été réunies sous le nom générique de folie hystérique reposent sur des données vagues. D'un côté on s'est appuyé pour établir des caractères généraux sur ce qu'on était convenu d'appeler le « tempérament hystérique », tempérament qui, dans l'état actuel de la science, s'applique exclusivement aux femmes et surtout à certains grands sujets hystériques, d'autre part, on a décrit sous le nom d'hystériques toutes les formes possibles de la folie.

Il est plus logique, plus conforme aux saines données de la clinique d'admettre qu'il s'agit, dans l'espèce, d'hystérie associée. C'était l'opinion de Charcot quand il parlait des manifestations vésaniques avec lesquelles « l'hystérie s'accole sans jamais se fusionner ». C'est aussi celle de ses élèves, Ballet, Babinski [3], Gilles de la Tourette, etc.

Ballet [4] et ses élèves Marquézy[5], Tabaraud [6] Roubinovitch [7] mettaient en

[1] *Traité clinique des maladies mentales*, trad. Dagonet et Duhamel. Paris, 1888.

[2] Krafft-Ebing. *Lehrbuch der Psychiatrie*. 3te Auflage. Stuttgard, 1888.

[3] Babinski. *Association de l'hystérie avec les maladies organiques du système nerveux, les névroses et diverses autres affections*. Soc. méd. des hôp., 11 nov. 1892.

[4] E. Ballet. Arch. gén. de méd., mars-avril, 1888.

[5] Marquézy. *L'homme hystérique*. Bull. méd., p. 1126, 1141, 1888.

[6] Tabaraud. *Des rapports de la dégénérescence mentale et de l'hystérie*. Th. Paris, 1888.

[7] Roubinovitch. *Hystérie mâle et dégénérescence*. Th. de Paris, 1890.

relief la combinaison fréquente chez l'homme de l'hystérie et de la dégénérescence mentale. Nous-même dans le travail cité plus haut, nous affirmions que ce qu'on décrivait sous le nom de folie hystérique résultait d'une combinaison de la névrose avec la dégénérescence mentale héréditaire, les deux maladies évoluant côte à côte.

Cette théorie a soulevé de vives protestations, et au Congrès des Aliénistes tenu à Clermont-Ferrand en 1894 [1], de nombreuses objections ont été faites au rapport de G. Ballet sur les rapports de l'hystérie et de la folie. Alors que Joffroy émet l'avis que l'hystérie elle-même est une des modalités de la dégénérescence, Charpentier, Pierret, Régis repoussent la doctrine de la dégénérescence.

Cette discussion semble avoir porté plutôt sur le terme de dégénérescence employé que sur le fonds même du débat.

L'appellation de dégénérés héréditaires, donnée à certains malades, est mauvaise, nous n'y contredisons pas. Mais qu'on l'appelle dégénérescence mentale, folie héréditaire, délire partiel, folie morale, déséquilibre mental, il n'en est pas moins exact qu'il existe un groupe de malades fortement entachés d'hérédité morbide, présentant des stigmates physiques et psychiques, reliés entre eux par des liens communs, quelle que soit la diversité des différents symptômes qu'ils peuvent présenter, et chez lesquels les différents syndromes tantôt se superposent, tantôt au contraire apparaissent successivement, se substituant les uns aux autres.

Ces individus peuvent manifester leur infériorité mentale sous toutes les formes, depuis l'obsession, l'impulsion et les divers syndromes épisodiques, jusqu'aux variétés délirantes (manie, mélancolie, délire des persécutions, délire des grandeurs, etc., etc.).

Si maintenant l'on réfléchit que l'hystérie elle-même est une affection héréditaire par excellence, ainsi que Georget, Briquet, Déjerine l'ont bien établi, et que d'autre part les aliénés dont nous parlons sont « imprégnés d'hérédité » suivant l'expression de Morel; si l'on songe à cette sorte d'attraction d'après laquelle les « nerveux se recherchent », comme le disait Charcot, il semblera naturel d'admettre que, très fréquemment, il y aura une combinaison de deux maladies, la névrose d'une part, la folie de l'autre, chacune conservant ses caractères propres. Cela explique comment on a attribué à l'hystérie pure les perversions sexuelles, les mensonges, les tendances au suicide, les manifestations sans nombre de l'état mental qui lui est associé.

Cela ne veut pas dire que l'hystérie ne puisse, non pas « simuler » comme le dit M. Charpentier [2] toutes les formes aiguës des maladies, mais se combiner avec elles. Il n'y a aucune raison en effet pour qu'un hystérique ne devienne pas paralytique général, persécuté, pour qu'il ne soit pas atteint de confusion mentale, de manie ou de mélancolie aiguë. Dans ce cas encore, il n'y aura pas une forme nouvelle d'aliénation, mais simplement une association.

[1] *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes*, 5e session, Paris, Masson, 1895.
[2] *Loc. cit.*, p. 62.

D'après ce qui précède, on comprendra que nous ne nous attardions pas à décrire les différentes formes de folie qui peuvent atteindre les hystériques. Il suffit de se souvenir que l'aliénation mentale peut revêtir ici les modalités ordinaires, et que seule la recherche des stigmates pourra faire déceler la névrose.

Il reste cependant de l'ancienne « folie hystérique » battue en brèche de tous côtés, et qui n'a pu résister, — en tant que forme nosologique, — à l'application raisonnée des résultats fournis par l'observation clinique, un ensemble de symptômes désigné sous le nom de « manie hystérique ». Le simple énoncé des symptômes décrits par les auteurs suffit à démontrer sur quelles bases fragiles repose la distinction entre la manie dite hystérique et les états maniaques ordinaires.

Pitres[1] s'exprime ainsi : « Tous les accès de manie aiguë se ressemblent. Quelles que soient leurs causes, ils sont toujours caractérisés par la surexcitation du corps et de l'esprit, par l'agitation désordonnée des membres, par les clameurs incohérentes. Les malades qui en sont atteints crient, chantent, rient, gesticulent à tort et à travers, déchirent leurs vêtements, injurient leurs gardiens, et cela, sans suite, sans discernement, comme s'ils étaient poussés par un besoin automatique et irrésistible d'activité. »

« La manie hystérique ne diffère guère de la manie simple ou de la manie épileptique que par son étiologie. »

Pour Sollier[2] « la manie hystérique se manifeste par un besoin incessant de mouvement, non par une agitation incoordonnée, comme celle de la manie vraie, mais par des accès d'automatisme ambulatoire et des déplacements continuels. Les malades sentent souvent que leur accès va les prendre et en préviennent l'entourage. Les malades se livrent à des actes extravagants, ayant un caractère de malice, comme s'ils le faisaient exprès, et répètent aussitôt ce qu'on leur défend de faire ou dire. Ils sont la contradiction perpétuelle. Souvent violents, quand ils ont des caprices qu'on ne veut pas leur satisfaire, ils frappent, déchirent, menacent. Ils sont exigeants, ont des accès de colère, et paraissent toujours conserver la conscience de leurs actes. Cette persistance apparente de la conscience est un caractère très important. Mais en réalité ils n'ont qu'une conscience très vague de ce qu'ils font, car ils n'en conservent guère le souvenir une fois guéris. Ils aiment à se rouler par terre, à se cacher sous les meubles, à faire toutes les niches possibles à leur entourage. Leur délire est surtout un délire d'acte. Quant aux discours, ils ne sont que rarement incohérents et traduisent seulement une grande mobilité dans les idées et les volitions ».

Cette description de Sollier, simple paraphrase de la définition très claire de la manie ordinaire donnée par Pitres, ne signale aucun caractère appartenant en propre à une espèce nosologique spéciale.

Falret[3] admet dans la manie hystérique « une semi-lucidité qui n'existe

[1] Pitres. *Loc. cit.*, t. II, p. 283.

[2] *Guide pratique des maladies mentales.* Paris, 1893, p. 230.

[3] Congrès de Clermont-Ferrand. *Loc. cit.*, p. 69.

jamais dans la manie simple; en outre le délire des actes et les perversions sensorielles sont beaucoup plus prononcées dans cette première forme mentale que dans la seconde ».

On peut arrêter là ces citations, il en ressort, comme l'a très bien fait remarquer G. Ballet[1] qu'on est « frappé de l'indécision qui existe encore dans les signes de l'affection ». Cela nous semble une raison suffisante pour ne pas créer de toutes pièces une entité morbide indépendante.

Nous en dirons autant de la mélancolie hystérique qui représente un épiphénomène de l'attaque ordinaire évoluant chez un sujet hystérique.

Restent certaines manifestations qu'on a coutume de rattacher à l'hystérie bien qu'on puisse les rencontrer, avec une fréquence égale, chez les aliénés ordinaires, les fous moraux et les déséquilibrés. Nous voulons parler des tentatives de suicide sur lesquelles Legrand de Saulle[2], et après lui Taguet[3], ont formulé des appréciations dont Pitres a fait justice[4].

Nous voulons parler aussi des dénonciations calomnieuses d'hystériques qui, sous l'empire de leurs hallucinations, ont fait condamner des innocents pour des crimes qu'elles avaient inventés de toutes pièces. Il est superflu de rappeler le cas de sœur Jeanne des Anges et d'Urbain Grandier, la fameuse affaire La Roncière-le-Noury, affaire qui eut un pendant il y a quelques années. Nous renvoyons pour l'examen détaillé de ces faits à la partie médico-légale de ce traité. Il importe cependant de faire remarquer que les hystériques ne sont pas seuls à user de semblables procédés, et les aliénistes ont tous les jours l'occasion de constater des phénomènes analogues chez une certaine catégorie de malades. En dehors de l'aliénation mentale, c'est un fait d'observation vulgaire que la crédulité et la suggestibilité des foules, si bien étudiées par Tarde; d'autre part, les enfants ont une telle tendance à imaginer des romans présentant toutes les apparences de la réalité, que leur témoignage ne compte pas en justice.

Il ressort des pages qui précèdent que l'hystérie est une maladie bien distincte, ayant ses caractères autonomes, toujours les mêmes, dont les stigmates sont la manifestation extérieure. L'état mental de ces malades varie à l'infini, comme les individus, avec le sexe, l'âge, sans oublier les conditions sociales dans lesquels les sujets se trouvent placés. Le délire est un des symptômes habituels de l'hystérie ordinaire, une sorte de transformation de l'attaque. En dehors de cela, il s'agit non plus d'hystérie pure, mais d'hystérie associée à la folie, auquel cas le délire peut revêtir toutes les formes de l'aliénation mentale.

[1] Congrès de Clermont-Ferrand. *Loc. cit.*, p. 72.
[2] *Les hystériques*, 1883. *Loc. cit.*, p. 303.
[3] Taguet. *Du suicide dans l'hystérie*. Ann. méd. psych., t. XVII, 1877, p. 346.
[4] Pitres. *Loc. cit.*, t. II, p. 47.

CHAPITRE II

NEURASTHÉNIE

Par A. DUTIL

Dans la très grande majorité des cas, la neurasthénie, quelle que soit la forme clinique qu'elle revête, quelle que soit la cause qui l'a fait naître s'accompagne de troubles mentaux plus ou moins accentués mais toujours appréciables. Tous les auteurs[1] qui après Beard ont étudié ou décrit cette « névrose » insistent sur la fréquence des troubles psychiques dans les états neurasthéniques. Les descriptions qu'ils en donnent sont au fond à peu près identiques ; elles ne diffèrent que par le degré d'importance que ces différents auteurs paraissent leur accorder et par le rang qu'ils leur attribuent dans la hiérarchie des symptômes. Mais tous s'accordent à reconnaître l'existence chez les neurasthéniques : 1° d'un *état mental particulier* constitué par des troubles psychiques stables, permanents ; 2° de syndromes mentaux inconstants, variables, épisodiques (phobies, obsessions, etc.), à l'ensemble desquels on a appliqué la dénomination, d'ailleurs assez impropre, de *folie neurasthénique*.

1° État mental neurasthénique.

Un affaiblissement des facultés psychiques, et notamment de la volonté, une disposition habituelle de l'esprit à la tristesse, au pessimisme, aux préoccupations hypochondriaques, un défaut de résistance aux sensations, aux impressions morales, une émotivité exagérée, un état d'apathie traversé par des mouvements d'humeur ou de colère, en un mot un amoindrissement conscient de la personnalité morale, tels sont les traits essentiels du tableau maintes fois tracé de l'état mental propre aux neurasthéniques.

Dans la sphère des fonctions intellectuelles la faiblesse de la volonté, l'*aboulie,* est assurément le symptôme prépondérant. Ses effets sont d'ordre divers. Un des plus graves est la diminution du pouvoir d'*attention.* La plu-

[1] Charcot. *Lec. cliniques.* — Bouveret. *La neurasthénie.* — Levillain. *Traité de la neurasthénie.* — Mathieu. *La neurasthénie.* — Gilles de la Tourette. *Lec. sur les états neurasthéniques.* — Gilbert Ballet. *Hygiène thérapeutique du neurasthénique.* — Arndt. *La neurasthénie.* — Von Hosslin. *Handbuch der Neurasth.* — M. de Fleury. *État mental neurasthénique.* (Bulletin général de Thérapeutique, 1900), et *Les grands symptômes neurasthéniques.* Paris, Alcan, 1902.

part de ces malades sont incapables d'appliquer leur attention à un objet d'étude déterminé et d'une manière soutenue. Tout travail intellectuel leur est difficile, ou même impossible. Qu'il s'agisse de lecture, de rédaction, de calcul, bien vite leur attention s'épuise, leur esprit s'attarde à des détails secondaires, à des idées étrangères à leur sujet ou bien se perd en une vague rêverie. S'efforcent-ils de tendre leur attention, leur effort n'aboutit qu'à une nouvelle défaillance, ils se sentent impuissants, se découragent et quittent la partie, avec le plus souvent une exacerbation de leur céphalée.

Ils se plaignent fréquemment de ne pouvoir suivre une conversation tant soit peu prolongée ; la fatigue cérébrale apparaît vite ; ils cherchent leurs mots et quelquefois s'interrompent ayant perdu le fil de leur discours.

Ils se lassent vite de coordonner leurs pensées, de diriger le cours de leurs réflexions ; aussi leurs associations d'idées sont-elles capricieuses, leurs raisonnements et partant leur jugement incertains : ce sont des hésitants, des *douteurs*, incapables de prendre une décision.

Cette déchéance de l'énergie volontaire se fait également sentir dans le domaine de l'activité physique. Certes l'asthénie neuro-musculaire suffit dans bien des cas à expliquer la paresse, les habitudes sédentaires des malades ; mais il n'en est pas moins vrai que chez certains sujets l'*aboulie* est un facteur important sinon la cause unique de leur impuissance à se mouvoir.

La mémoire est quelquefois paresseuse, infidèle, surtout en ce qui concerne les faits récents ou postérieurs au début de la maladie. Il ne s'agit pas d'un trouble profond de cette faculté, d'une amnésie proprement dite ; c'est seulement l'évocation spontanée des noms propres, des dates, des faits qui est défectueuse. Toutefois, chez quelques malades, les « oublis » sont assez fréquents pour qu'il en résulte une gêne notable dans l'exercice de leur profession. D'ailleurs chez eux la perception extérieure est incertaine ; ils sont souvent distraits parce que leur attention est sujette à des défaillances ou que préoccupé de quelque pensée morose, leur esprit reste indifférent ou même étranger à l'objet présent.

Les neurasthéniques sont généralement apathiques et tristes, enclins au pessimisme, aux préoccupations hypochondriaques. Leur cénesthésie est troublée ; ils se trouvent étranges, « changés », et puis ils ont la hantise de leurs malaises, de leur maladie. Les sensations bizarres ou pénibles qu'ils éprouvent font naître dans leur esprit des craintes diverses. Ils se croient atteints de maladies organiques graves ou menacés de folie ; mais leurs croyances à cet égard sont peu profondes ; et, contrairement à ce qu'on observe chez les mélancoliques vrais, ils se laissent aisément convaincre de l'inanité de leurs terreurs ; ils ne demandent qu'à être rassurés.

L'*émotivité* de ces malades est parfois très grande. La résistance qu'ils opposent aux impressions morales, aux sensations est faible et c'est par là que l'état moral de ces malades influe si rapidement et si malheureusement sur leurs fonctions diverses, leurs fonctions digestives notamment. Un rien les bouleverse, les abat. Il en est qui sont sujets à de véritables crises d'angoisse. Ces états d'anxiété sont souvent motivés, provoqués par tel ou tel symptôme

dépendant de leur névrose. Mais parfois leur apparition semble toute spontanée et indépendante de toute conception hypochondriaque, de toute représentation mentale préalable.

Les neurasthéniques ont pleinement conscience de leur infériorité morale; aussi n'ont-ils plus confiance en eux-mêmes; ils ont perdu toute assurance; ils sont humbles à l'excès et parfois timides au point d'éviter toute rencontre; l'abord même d'une personne amie leur est pénible; ils recherchent la solitude et peu à peu restreignent leurs relations sociales au cercle étroit de leur entourage immédiat.

Mais sur ce fond de dépression cérébrale, de tristesse et d'apathie habituelles, on voit surgir de temps à autre, sous des influences diverses, souvent futiles (un changement atmosphérique, un bruit importun, une contrariété, les époques cataméniales, etc.), des poussées d'excitation, des crises de colère qui justifient pleinement la dénomination de *faiblesse irritable* dès longtemps appliquée à ces états d'épuisement du système nerveux. Ces moments d'excitation, d'irascibilité sont d'ailleurs d'autant plus brefs qu'ils ont été plus intenses et, la crise passée, le névropathe honteux de son emportement, retombe aussitôt dans sa torpeur et son humilité coutumières.

A la vérité l'existence des neurasthéniques n'est pas exclusivement composée d'affaissement psychique et de crises d'irritation. Leur état mental n'est pas constamment fixé au cran de la tristesse, du découragement et de la fatigue cérébrale. La plupart de ces malades ont des heures, des journées heureuses où leur équilibre moral se trouve momentanément rétabli, où leur cerveau semble récupérer toute son activité et son énergie. Ces phases d'euphorie psychique apparaissent sous l'influence de causes multiples (le repas, l'état atmosphérique, un événement heureux, une idée réconfortante, l'action stimulante d'un agent thérapeutique).

Le tableau que nous venons de tracer ne répond assurément pas à la manière d'être de tous les neurasthéniques. Dans les cas légers, dans la phase initiale des neurasthénies graves ou de moyenne intensité, ces troubles psychiques n'existent pour ainsi dire qu'à l'état d'ébauche. Le malade est encore doué d'une activité cérébrale très suffisante ou bien il est encore capable de triompher des défaillances de sa volonté. Soit qu'il surmonte sa lassitude, soit qu'il utilise les heures favorables de sa journée, il peut encore accomplir sa tâche, fournir la somme de travail cérébral nécessaire à l'exercice de sa profession. Ce n'est qu'à la longue, dans les cas d'épuisement invétérés ou graves que la dépression psychique arrive peu à peu à un degré tel qu'elle équivaut à une véritable déchéance morale. C'est alors qu'on peut voir un homme jadis énergique et actif renoncer à toute entreprise, abandonner la direction de ses affaires sans qu'aucune considération d'honneur, d'intérêt ou de famille puisse le secouer de sa désespérance et de sa torpeur. Cette prostration extrême de l'énergie psychique est à la vérité assez rare. C'est le plus souvent chez des sujets atteints de neurasthénie d'origine traumatique qu'on la rencontre. C'est ici le lieu de rappeler que dans certaines formes cliniques de la neurasthénie l'état mental des malades présente des caractères un peu spéciaux.

Nous venons de mentionner le fait que dans l'épuisement nerveux qui succède aux chocs traumatiques et notamment dans les cas d'*hystéro-neurasthénie*, la dépression cérébrale, l'aboulie, l'amnésie se présentent très fréquemment avec une intensité extrême. De même dans la *neurasthénie féminine* ou plutôt dans cette variété de *neurasthénie féminine* si bien décrite par Weir Mittchell où l'asthénie motrice est telle que la patiente, condamnée à l'inactivité complète, reste pendant des mois jour et nuit alitée ou étendue sur sa chaise longue, on peut voir l'aboulie, l'affaissement moral prendre des proportions extraordinaires. La plupart de ces malades languissantes, toujours attentives à leurs moindres sensations, recherchant sans cesse la compassion d'autrui, entourées de soins méticuleux excessifs, s'abandonnent peu à peu. Leurs sentiments affectifs s'affaiblissent, elles deviennent égoïstes, exigeantes, rien ne les intéresse si ce n'est leurs malaises, le régime, le traitement qui leur est prescrit, tandis que la tendresse, le dévouement exagéré de la parente qui s'est constituée leur garde-malade, contribue chaque jour à les maintenir dans cet état de langueur pitoyable et un peu niaise dont la longue habitude leur devient peu à peu comme une seconde nature.

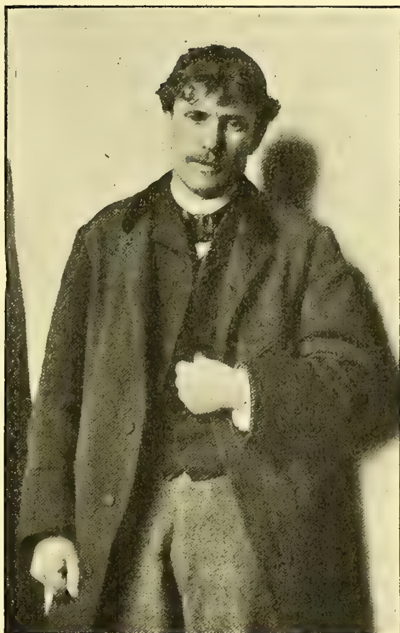


Fig. 56.
Neurasthénie traumatique avec dépression mentale. (Collection de G. Ballet.)

On sait que la *neurasthénie génitale* de l'homme a une physionomie propre et qu'elle a été l'objet de la part de Beard[1], de Ultzmann[2] et de Krafft-Ebing[3], etc., d'une description particulière. Il est à remarquer que, dans la phase initiale de cette forme de neurasthénie, les troubles fonctionnels locaux sont souvent insignifiants (pollutions nocturnes, excitabilité de l'appareil, légère spermatorrhée) alors que le désordre mental semble à lui seul occuper toute la scène. L'état mental de ces malades, du moins à la première période de leur maladie, est surtout caractérisé par des préoccupations, des obsessions hypochondriaques, une impuissance génitale psychique. Ces sujets sont tout d'abord des obsédés, de simples phobiques. Ce n'est qu'ultérieurement qu'apparaissent, avec les divers symptômes de l'épuisement ner-

[1] Beard. *Die Sexuelle neurasth.*, trad. allem. Vienne, 1885 et 1890.
[2] Ultzmann. *Névr. des org. génit.-urin. de l'homme*, trad. franc. de Ricard, Paris, 1883.
[3] Krafft-Ebing. *Wiener méd. Presse*, 1887.

veux, la dépression cérébrale, la tristesse, l'aboulie, en un [mot l'état mental habituel à tous les neurasthéniques. Beaucoup de ces malades n'ont en réalité aucun trouble génital et leur neurasthénie n'est le fait que du surmenage moral qui leur est imposé par leurs obsessions.

Certaines *neurasthénies héréditaires,* celles du moins où l'hérédité seule a présidé au développement de la névrose, s'accompagnent d'un état mental particulier. Les symptômes de dépression cérébrale, l'aboulie, la tristesse, etc., si fréquents dans les neurasthénies acquises, font souvent défaut dans ces cas. Les malades sont ordinairement capables d'une activité cérébrale assez grande. L'émotivité excessive, des crises d'anxiété, des préoccupations hypochondriaques, des obsessions, des phobies, des impulsions, voilà ce que l'on observe surtout chez les sujets de cet ordre. Ce sont en réalité des psychasténiques purs, des déséquilibrés plutôt que des neurasthéniques, au sens propre du mot. Chez eux en effet les symptômes spinaux, les troubles viscéraux sont très peu prononcés ou même n'existent pas.

Tel est à peu près, dans ses modalités principales, l'état mental habituel des sujets atteints de neurasthénie dûment établie et confirmée. Ces malades sont en somme des psychasthéniques. Mais ce n'est pas tout.

Pour bien comprendre l'état psychique des neurasthéniques, il ne faut point perdre de vue que l'aboulie, la tristesse, en un mot l'état de dépression cérébrale commun à la plupart des malades, ne sont que la résultante, l'*effet* de l'épuisement des centres encéphaliques, quelle qu'ait été d'ailleurs la cause efficiente de cet épuisement (maladie infectieuse, grossesses répétées, surmenage intellectuel, etc.) ; mais il faut reconnaître aussi que de plus, dans la très grande majorité des cas, il existe un état psychique *antérieur* qui a précédé et pour une bonne part réalisé et la dépression cérébrale et les divers troubles constitutifs du syndrome de Beard. Cet état mental *préalable* c'est le plus souvent la rumination douloureuse par le futur neurasthénique d'une pensée triste, d'un événement pénible (deuil, revers de fortune, remords, déception, etc.). Avec les à-coups émotionnels et tout le trouble intérieur qu'il comporte, un pareil état d'esprit est bien fait pour épuiser plus ou moins rapidement les centres cérébraux et par eux le système nerveux tout entier. « Il est bien peu d'états neurasthéniques, écrit Bouveret [1], à l'origine desquels on ne puisse découvrir une ou plusieurs de ces passions dépressives. Si je ne craignais d'exagérer, je dirais volontiers, en me basant sur mon expérience personnelle, que tout neurasthénique a plus ou moins souffert dans la sphère des facultés affectives. » La remarque de Bouveret nous paraît on ne peut plus juste. Nous croyons que dans les discussions qui se sont produites sur la pathogénie des états neurasthéniques, on n'a pas suffisamment tenu compte de ce facteur primordial : l'usure, l'abaissement de l'énergie des centres nerveux par une idée triste et dépressive installée pour ainsi dire en permanence dans la conscience du sujet. Nous n'avons pas à discuter ici les théories pathogéniques de la maladie de Beard : nous voulons

[1] Bouveret. *Loc. cit.*

seulement insister sur ce fait que cette sorte d'obsession d'une idée triste, cet état de contrainte morale, d'inquiétude d'esprit est un puissant facteur d'épuisement pour les centres nerveux, que son influence est souvent méconnue ou mal appréciée, que beaucoup de neurasthénies, attribuées à telle ou telle cause matérielle, doivent en réalité être imputées à cet état mental. Ainsi bon nombre d'états neurasthéniques succédant à des syphilis récentes, à des grossesses pénibles, à des lésions utéro-ovariennes sont bien plus le fait du désordre mental ou moral provoqué par ces états pathologiques que de l'infection spécifique ou des souffrances physiques inhérentes à ces conditions morbides. Or cet état psychique ou moral ne fait pas que précéder et créer le syndrome de Beard ; il arrive parfois qu'il persiste longtemps après qu'il a produit l'épuisement des centres nerveux avec toutes ses conséquences (dépression cérébrale, dyspepsie atonique, insomnie, asthénie neuro-musculaire). Il constitue donc à la fois un facteur important d'abord et puis un élément qui se surajoute aux troubles psychiques habituels aux états neurasthéniques confirmés, au moins au début et durant une période plus ou moins longue de l'évolution neurasthénique. Il est vrai qu'à la longue l'idée pénible s'efface peu à peu avec le trouble émotionnel et psychique qu'elle comporte ; mais l'épuisement nerveux lui survit et désormais (dans ces cas où la maladie relève d'une cause purement morale) l'état mental du malade sera de tous points identique à celui du sujet qui aura vu sa névrose se développer à la suite et sous la seule influence d'une grippe ou d'une fièvre typhoïde, c'est-à-dire en dehors de toute perturbation morale ou psychique préalable.

Les remarques qui précèdent permettent de comprendre dans quel sens et dans quelle mesure il est permis de dire que la maladie de Beard peut reconnaître une origine mentale, et que l'état psychique du malade (une idée triste et obsédante) est susceptible de créer et d'entretenir les autres manifestations de la « névrose ». On conçoit que cet état psychique ou passionnel initial soit capable de troubler, par surmenage des centres encéphaliques, le jeu des facultés psychiques aussi bien que la circulation, les sécrétions gastro-intestinales, etc. Mais le trouble moral agit ici chez un sujet individuellement ou héréditairement prédisposé tout comme agirait un surmenage purement intellectuel, ou un état infectieux quelconque.

Le mécanisme pathogénique par lequel un chagrin, un remords, des soucis persistants et graves aboutissent à l'état neurasthénique, diffère donc absolument de celui qui chez les hystériques permet à l'état mental de créer et de régenter la plupart des stigmates ou des syndromes épisodiques propres à cette affection. Il ne s'agit dans la formation neurasthénique pure ni de représentations mentales, ni d'idée fixe subconsciente, ni d'auto-suggestion, mais d'un épuisement des centres encéphaliques par surmenage moral. Dans un rapport très étudié présenté à la Société de thérapeutique, M. de Fleury a nettement et exactement marqué les caractères propres à l'état mental neurasthénique et les différences capitales qui le séparent de l'état mental hysté-

[1] M. de Fleury. *Bulletins de la Soc. de Thérap.*, 1900.

rique. Si parfois les deux névroses coexistent chez le même sujet (hystéro-neurasthénique), si parfois la neurasthénie semble servir de préface à l'hystérie, les deux affections restent cependant distinctes et il est toujours possible par une analyse clinique attentive de séparer ce qui appartient à l'une et à l'autre de ces deux névroses.

Ceci etant dit touchant l'état psychique initial présenté par certains malades et le rôle de cet état psychique considéré comme agent créateur du syndrome de Beard, nous devons nous demander quelle est, dans les neurasthénies confirmées, l'influence pour ainsi dire quotidienne exercée par l'état psychasthénique habituel sur les autres manifestations de la névrose. Convient-il d'attribuer à la condition mentale du neurasthénique une place prédominante sur les différents symptômes viscéraux ou spinaux propres à cette affection? Ces derniers sont-ils dans une certaine mesure commandés par l'état mental? En réalité, la tristesse, l'aboulie, etc., en un mot tous les troubles psychiques qui caractérisent l'état mental des neurasthéniques ne sont rien de plus que des symptômes congénères des autres symptômes de la maladie de Beard (céphalée, dyspepsie atonique, asthénie neuro-musculaire, etc.) et dépendent comme eux de cette débilité spéciale des centres cérébro-spinaux où réside la condition essentielle de la maladie. D'autre part il est évident pour qui a quelque peu observé ces malades que leur état mental, leur émotivité, concourent dans une certaine mesure à l'entretien des troubles dyspeptiques, de l'asthénie motrice et qu'inversement l'état dyspeptique avec les malaises, la dénutrition qui l'accompagne tendent à accentuer la tristesse, la dépression morale du malade. Il semble qu'il n'y ait en somme qu'un échange de mauvais procédés entre les deux ordres de symptômes. Nous croyons cependant que l'état mental exerce, au moins dans bien des cas, tant sur l'ensemble de la maladie que sur ses principales manifestations, une influence de premier ordre. Cette influence se fait sentir en effet et dans l'évolution générale du syndrome et dans le mode d'action des différents procédés thérapeutiques habituellement mis en œuvre.

Ce n'est pas qu'il faille considérer les neurasthéniques comme des malades imaginaires et la maladie de Beard comme une création purement subjective de l'esprit; ce serait là une étrange doctrine et que d'ailleurs personne n'a jamais soutenue. Si l'on envisageait les états neurasthéniques de ce point de vue là, il faudrait ériger la cure psychothérapique en méthode de traitement universelle et exclusive et mettre à l'écart tous les procédés d'hygiène, tous les agents stimulants, toutes les médications toniques usitées en pareil cas. Or l'expérience enseigne qu'une hygiène bien comprise, un régime alimentaire approprié à l'état des voies digestives, l'emploi gradué des divers stimulants de l'énergie nerveuse, massage, électricité, hydrothérapie, etc., sont des éléments nécessaires dans le traitement de la neurasthénie. On sait d'autre part que les neurasthéniques ne sont pas suggestionnables au sens précis et étroitement technique du mot et il serait absurde de penser qu'on peut traiter et surtout guérir les neurasthéniques en les raisonnant, en cherchant à les convaincre de la non-existence de leurs malaises. Tout cela étant bien entendu, il

n'en est pas moins vrai que tout ce qui relève le moral, la volonté du malade, tout ce qui le sort de son état mental habituel, de sa tristesse, de la hantise de sa maladie entraîne aussitôt une amélioration sensible du côté de l'état général, des fonctions digestives, de l'état des forces, etc. C'est ainsi qu'un événement heureux, un changement de milieu donnent souvent aux malades quelques jours d'euphorie. De même on ne saurait nier l'heureuse influence qu'exercent sur l'état d'esprit et partant sur la santé générale du malade, la direction énergique, les encouragements qu'il reçoit du médecin qui a su capter sa confiance.

C'est souvent aussi, croyons-nous, par une sorte de stimulation mentale, tout autant que par leur action physiologique réelle, que l'air, la lumière, la mise en œuvre d'un agent physique, un changement de climat quelconque produisent parfois chez les malades de si rapides mais aussi de si éphémères effets. Encore une fois il ne s'agit pas ici de suggestion au sens propre du mot ; toutefois il ne faut pas perdre de vue que ces névropathies ont besoin d'appui, de direction, qu'ils ne demandent qu'à croire, à être encouragés, « remontés » ; assurément on ne leur impose pas la foi, la croyance en tel traitement ou tel agent thérapeutique, en tout temps, et à coup sûr comme on peut faire aux hystériques ; mais une fois la confiance des malades ou leur désir d'une amélioration mis en jeu, il est certain que leur crédulité est parfois très grande et qu'ils sont susceptibles à certains jours à propos d'un traitement nouveau pour eux (électricité, injection de sérum ou autre), de s'auto-reconforter pour quelque temps. Nous ne voulons pas donner à entendre que les injections sous-cutanées de sérum, les massages, les agents physiques n'agissent que par l'intermédiaire de l'état mental ; l'action organique, la stimulation réelle qu'ils exercent sur les centres nerveux ne saurait être mise en doute ; mais il nous semble qu'elle se double fréquemment d'une action purement psychique et que c'est là un adjuvant thérapeutique qui n'est point à dédaigner.

Les médecins qui dans la thérapeutique des états neurasthéniques placent au premier rang le traitement psychothérapique, soutiennent donc une sage doctrine. Mais il faut se méfier d'exagérer cette influence du moral sur le physique, éviter les systèmes trop absolus, les généralisations excessives. L'importance de l'hygiène et de la médication tonique dans le traitement de la neurasthénie est au moins adéquate à celle de la psychothérapie.

2° Syndromes épisodiques. — Phobies et obsessions.

On observe communément chez les neurasthéniques des *obsessions conscientes*, des manies, des phobies très diverses. Ces syndromes épisodiques, variables d'un sujet à l'autre, et souvent même chez le même sujet, apparaissent plus particulièrement dans les cas de neurasthénie congénitale ou héréditaire. Mais on ne saurait édicter à cet égard de règle absolue ; car ils se montrent au cours des neurasthénies purement accidentelles, c'est-à-dire développées en dehors de tout antécédent héréditaire notable et de tout état dégé-

nératif : telles sont l'agoraphobie, la claustro-phobie, les topoalgies (Blocq), les obsessions dentaires (Galippe), certaines algies psychiques (Huchard), etc.

La description détaillée de ces accidents mentaux ayant été faite dans un autre chapitre de ce livre, nous n'avons pas à la retracer ici. Nous dirons simplement que chez les neurasthéniques, comme chez les dégénérés, ces syndromes psychiques se présentent toujours avec des caractères identiques : une origine émotionnelle, l'irrésistibilité de l'idée, la conservation de la conscience avant et après la crise, l'angoisse qui l'accompagne et le sentiment de détente et de bien-être qui lui succède.

CHAPITRE III

TROUBLES MENTAUX DANS L'ÉPILEPSIE. ÉPILEPSIE PSYCHIQUE

par A. DUTIL.

L'épilepsie n'est pas comme on l'a cru longtemps une pure névrose, une maladie « essentielle », indépendante de toute lésion organique des centres nerveux. Elle n'est qu'un syndrome apparaissant dans le cours et sous l'influence d'états pathologiques divers dont les manifestations paroxystiques peuvent revêtir les aspects cliniques les plus variés (troubles moteurs, sensitifs, sensoriels et psychiques) ; dont le mécanisme physiologique est encore obscur mais qui a sa raison d'être dans des altérations du système nerveux tantôt grossières, tantôt délicates, quelquefois même inaccessibles à nos méthodes d'investigation. Nous n'avons pas à retracer ici les recherches nombreuses qui ont conduit les cliniciens et les nosographes à cette conception du mal comitial. Il nous suffira de rappeler que les épilepsies partielles de Bravais et Hughlings Jackson, les convulsions de l'enfance, l'éclampsie des femmes en couches, les états convulsifs d'origine toxique (plomb, alcool, absinthe) ou d'origine infectieuse (scarlatine, syphilis), les épilepsies reflexes, etc., qui ont été longtemps considérées et décrites comme autant d'espèces distinctes et étrangères au mal comitial doivent en être assez étroitement rapprochées. Toutes ces épilepsies aiguës ou secondaires, toutes ces variétés étiologiques peuvent en effet servir d'amorce à l'épilepsie chronique la mieux caractérisée ; elles peuvent déterminer des troubles psychiques semblables à ceux de l'épilepsie « primitive, idiopathique » que nous aurons plus particulièrement en vue dans la description qui va suivre.

Les manifestations psychiques de l'épilepsie se présentent sous les aspects cliniques les plus variés. Tantôt elles apparaissent comme une simple modification du caractère ou comme un trouble mental léger et éphémère qui précède l'attaque convulsive ou la suit ; tantôt il s'agit d'états psychiques graves qui, se substituant aux paroxysmes convulsifs, confinent à l'aliénation mentale et soulèvent de difficiles problèmes de diagnostic et de responsabilité.

Afin de faciliter la description des diverses manifestations psychiques de l'épilepsie nous les envisagerons dans l'ordre suivant :

Classification. — Nous décrirons successivement :

1° L'*état mental* ordinaire, le *caractère* des épileptiques ;

2° Les *petits troubles mentaux* qui *se rattachent* à l'attaque comitiale, soit qu'ils la précèdent soit qu'ils l'accompagnent ;

3° Les accidents mentaux graves qui peuvent succéder à l'attaque ou bien la remplacer (*équivalents* psychiques) ;

4° La *démence épileptique*, terminaison habituelle des différentes formes du mal comitial.

DESCRIPTION GÉNÉRALE

I. — État mental ordinaire, caractère des épileptiques

Parmi les épileptiques qui vivent dans la société il en est dont l'état mental ne présente aucune anomalie ; il semble que la crise passée, rien ne subsiste chez ces sujets du mal dont ils sont atteints et ils restent pendant de longues années capables d'exercer correctement leur profession ou leur art.

Ces cas sont exceptionnels. En réalité il est peu d'épileptiques qui ne présentent une mobilité anormale du caractère et un affaiblissement plus ou moins marqué des facultés intellectuelles.

La plupart des malades sont généralement sombres et apathiques ; ils souffrent cependant de leur infériorité, dont ils ont conscience, mais ce fonds de tristesse habituelle est traversé par des changements d'humeur et d'allure d'une brusquerie singulière ; tantôt affables et généreux, tantôt grossiers et haineux, ils passent tour à tour de la bienveillance la plus outrée à l'insolence, à la colère la plus violente. La vie de ces individus est faite pour ainsi dire de changements à vue. La mobilité d'humeur, le caractère « explosif » des épileptiques ne se manifeste pas seulement dans le domaine des sentiments affectifs ; ils sont aussi sujets à de brusques changements d'idées. Il est à remarquer que cette versatilité n'est pas constante ; chez quelques sujets elle s'exerce seulement par périodes séparées par des intervalles de calme, d'équilibre ou de dépression. Quelques épileptiques sont cependant capables de persévérer longuement dans une même affection ou un même ressentiment et l'on en voit s'entêter dans une entreprise heureuse ou néfaste, louable ou criminelle, avec une ténacité invincible. Mais dans la majorité des cas c'est bien la mobilité qui fait le fonds de leur *habitus mental*. Chez certains malades ces sautes d'humeur, ces explosions émotionnelles sont d'une brusquerie, d'une violence telles qu'elles méritent, bien qu'elles se montrent en dehors des attaques, d'être rapprochées des paroxysmes psychiques dont elles ne sont vraisemblablement qu'une ébauche affaiblie [1]. Ainsi s'expliqueraient les phénomènes de dépression qui les accompagnent quelquefois et notamment le trouble de la mémoire, les lacunes qui apparaissent parfois dans la continuité des souvenirs.

[1] Féré. *Les épilepsies et les épileptiques*. — Echeverria. On the epileptic violence. *Journal of mental Science*, avril, 1885.

II. — Petits troubles mentaux associés a l'attaque. Manifestations psychiques légères pré et post paroxystiques

a. *Prodromes éloignés.* — Les modifications du caractère que nous venons d'énumérer en décrivant l'habitus mental des épileptiques, se manifestent plus particulièrement chez certains malades à l'approche des accès convulsifs ; on les voit alors s'affirmer avec une intensité singulière. Les malades deviennent tout à coup maussades, inquiets ou querelleurs, irritables. D'autres sont pris d'une gaieté folle, d'autres encore se montrent enthousiastes, optimistes à l'excès. A côté de cette exaltation momentanée des sentiments affectifs on peut observer une sorte d'éréthisme des facultés intellectuelles. Ces divers troubles peuvent précéder l'accès de quelques heures ou de quelques jours : telles sont les manifestations psychiques qui ont été signalées comme précurseurs *éloignés* de l'attaque convulsive.

b. *Auras psychiques.* — Les auras psychiques sont aussi fréquentes et aussi variées que les auras sensorielles. Comme ces dernières, comme les auras motrices, elles précèdent immédiatement l'accès dont elles ne sont à vrai dire que le symptôme initial. Elles consistent en phénomènes d'excitation ou de dépression. On a proposé de les diviser en auras émotionnelles et en auras intellectuelles bien qu'il ne soit pas toujours facile de décider quel est de ces deux éléments, émotionnel et intellectuel, celui qui domine la situation. Parfois l'accès est annoncé par un état mélancolique qui s'établit graduellement ; les malades présentent des idées de ruine, de déchéance ; rarement des idées de suicide. D'autrefois la dépression mentale prémonitoire s'accuse brusquement par un sentiment de crainte ou de terreur poignante. Dans certains cas on observe un affaissement rapide des facultés intellectuelles. Le malade est comme hébété ; il ne comprend plus ce qu'on lui dit ; sa mémoire est perdue et bientôt l'accès éclate. Les phénomènes d'excitation psychique qui marquent le début de l'attaque consistent le plus souvent en impulsions irrésistibles et plus ou moins violentes : le malade s'agite, va, vient, commet des actes bizarres et tombe en convulsions. Dans d'autres cas le sujet présente une surexcitation des fonctions psychiques qui peut aller, ainsi que nous le verrons, jusqu'à l'état maniaque. Le symptôme prémonitoire peut consister en un trouble subit et conscient des sentiments affectifs. Un jeune malade observé par Féré éprouva tout à coup de la répulsion pour les personnes et les objets qui lui sont chers. Il a conscience de ce pénible revirement et lorsque ce sentiment s'accentue, jusqu'à entraîner des paroles ou des actes violents, les convulsions se produisent [1].

L'aura psychique consiste parfois en une idée étrange qui surgit tout à coup et s'impose au malade jusqu'à ce qu'il tombe en accès. Tantôt l'idée est pénible et accompagnée d'angoisse, tantôt elle est indifférente ou simplement bizarre.

[1] Féré. *Loc. cit.*

Hughlings Jackson [1] a signalé une variété d'aura intellectuelle qui consiste en une réminiscence subite et rapide de quelque événement antérieur. Cette réminiscence se déroule dans un état de rêve, d'obnubilation légère de la conscience. Ces diverses manifestations psychiques annonciatrices du début de l'attaque ne sont pas toujours inconscientes ; mais il arrive souvent qu'au sortir de la crise, le malade en a perdu le souvenir. Il est rare du reste que ces auras soient purement psychiques. Le trouble mental s'y montre fréquemment associé à d'autres troubles précurseurs, moteurs, sensitifs ou sensoriels. Mais quelle que soit sa forme l'aura psychique, et c'est là un caractère important, apparaît toujours chez un sujet donné identique à elle-même et toujours associée aux mêmes symptômes d'ordre moteur, sensoriel ou sensitif. Cette remarque est applicable aux troubles mentaux ordinairement légers qui suivent le paroxysme.

c. *Après* l'attaque quelle qu'ait été sa forme (convulsive, vertigineuse...) on observe un état d'hébétude ou de torpeur intellectuelle passagère. Au sortir de la période de stertor, notamment le malade semble s'éveiller d'un profond sommeil : son regard est vague, sa physionomie stupide, ses gestes sont incertains et lents, ou se répètent d'une manière automatique ; il répond à grand'peine aux paroles qu'on lui adresse, il n'a pas conscience de ce qui lui est advenu. Cette torpeur intellectuelle se double en effet d'une amnésie complète. L'*amnésie* ne porte le plus souvent que sur la durée du paroxysme ; mais il arrive parfois qu'elle s'étende à une certaine période antérieure à la crise, semblable en cela à l'amnésie rétrograde que l'on observe à la suite des excitations violentes, des chocs traumatiques. Cet état d'obnubilation de l'intelligence peut être de très courte durée : en quelques minutes ou en un quart d'heure tout est fini et le malade peut alors reprendre ses occupations. Il est cependant moins apte au travail, il a des oublis ; et cette incapacité relative peut se prolonger de quelques heures à un ou deux jours.

Au lieu de ces phénomènes d'exhaustion psychique, les malades présentent quelquefois une légère excitation qui se traduit par de la loquacité, un peu d'agitation, ou bien par une de ces modifications du caractère que nous avons mentionnées dans les phases de préparation de l'attaque.

Tels sont les troubles mentaux légers qui accompagnent ordinairement les paroxysmes complets ou incomplets de l'épilepsie commune et régulière.

III. — Épilepsie psychique, équivalents psychiques de l'épilepsie

Les accidents mentaux que nous devons décrire ici sont très fréquents et très variés. Ils ont été désignés par le terme général de *folie épileptique*, d'*épilepsie psychique*. Tantôt ils précèdent les attaques et tantôt ils les suivent ; quelquefois ils les remplacent et, dans ce dernier cas, ils constituent de véritables *équivalents* de l'accès comitial.

[1] Hughlings Jackson. On a particular variety of epilepsy (intellectual aura). *Brain*, 1888, p. 179.

Historique. — L'épilepsie psychique est restée longtemps méconnue. A la vérité, les troubles intellectuels par lesquels elle se traduit sous forme d'états délirants et de paroxysmes accompagnés d'altérations de la conscience et du souvenir, avaient été observés et décrits par les aliénistes du commencement du siècle. Mais ces derniers n'avaient pas su pénétrer la nature de ces états psychiques. La psychiatrie était encore à l'état cahotique. Préoccupés surtout de classer les psychoses d'après leurs caractères morphologiques, Pinel, Calmeil, Esquirol décrivaient la folie spontanée, la folie transitoire, la manie homicide comme autant d'espèces distinctes et sans apercevoir le lien qui rattache ces différentes formes à leur commune origine, l'épilepsie. Cependant Bouchet et Cazauviehl observaient que certains accès de folie pourraient bien n'être au fond qu'une modalité du paroxysme épileptique. Plus tard cette hypothèse s'affirmait encore dans les études et les commentaires de Trousseau sur le vertige et l'absence. Mais c'est à Morel (1869) qu'appartient le mérite d'avoir établi définitivement l'épilepsie larvée mentale et marqué ses principaux caractères. Les observations de Morel étaient si nettes, si probantes que sa conception ne tarda pas à s'imposer. Dans la discussion restée célèbre qui eut lieu en 1873 devant la Société médico-psychologique, Falret, Lasègue, Baillarger, etc., s'accordèrent à reconnaître la justesse de ses vues et l'existence de l'épilepsie mentale à côté du mal convulsif. De nombreux travaux sont venus depuis cette époque soit en France, soit à l'étranger compléter et préciser le tableau clinique du mal intellectuel et nous devons citer ici les noms de Falret, Charcot, Magnan, Howden, Saint, Legrand du Saulle, Krafft-Ebing, Lombroso et Ottolenghi, Maudsley... etc. [1].

Si tous les cliniciens admettent aujourd'hui l'existence des troubles mentaux épileptiques apparaissant soit avant, soit après l'attaque comitiale, le paroxysme psychique pur, l'équivalent psychique n'est pas aussi universellement reconnu. Morel et les auteurs que nous venons de citer affirment que l'on peut observer chez certains malades soit dans l'intervalle des attaques, soit longtemps avant l'apparition des premiers accès convulsifs, des délires, des paroxysmes mentaux, véritables succédanés psychiques de l'accès comitial dont le développement n'a été précédé immédiatement d'aucune espèce d'attaque épileptique.

D'autres auteurs, en petit nombre il est vrai, estiment que cette modalité clinique de l'épilepsie repose sur une observation imparfaite et que toujours le trouble mental a été précédé et suscité soit par un accès convulsif incomplet ou nocturne, soit par un vertige méconnu. Telle était notamment l'opinion professée par Legrand du Saulle. Mais depuis lors un grand nombre de faits ont été publiés qui mettent hors de doute la réalité des équivalents psychiques du mal comitial, de l'épilepsie larvée mentale.

Ces équivalents psychiques peuvent en effet se rencontrer chez des malades atteints des diverses variétés de l'épilepsie (forme convulsive ou forme vertigineuse) et cela, quelle qu'en soit l'origine (traumatisme, alcool, syphilis, etc.).

[1] J. Voisin. *L'Epilepsie*, 1897.

En outre ils présentent des caractères généraux qui les rapprochent étroitement des paroxysmes convulsifs.

Ils débutent brusquement et se terminent de même après une durée variable de quelques secondes à plusieurs heures ou plusieurs jours. Ils apparaissent avec une certaine régularité périodique, et presque toujours sous une forme invariable chez le même sujet, de telle sorte que chaque accès est la reproduction exacte du précédent. Ils s'accompagnent toujours d'altération de la conscience et du souvenir. Ils laissent après eux les mêmes phénomènes d'épuisement du système nerveux qu'on observe à la suite des attaques vulgaires. Et ce sont là autant de traits de ressemblance qui justifient leur assimilation avec les paroxysmes convulsifs. Si dans la majorité des cas on les voit apparaître au lieu et place des accès convulsifs chez des sujets notoirement atteints de mal comitial et alterner avec ces accès, il arrive parfois qu'ils occupent seuls et pendant plus ou moins longtemps la scène morbide pour s'effacer ultérieurement dès que se développeront les accès convulsifs.

Ceci étant dit, nous rappellerons ici une fois pour toutes que chacun des états psychiques dont l'ensemble constitue l'épilepsie larvée mentale, peut se montrer soit à l'approche, soit immédiatement à la suite d'une attaque convulsive complète ou incomplète, c'est-à-dire à titre d'accident psychique pré ou post paroxystique.

DESCRIPTION CLINIQUE

Les manifestations psychiques de l'épilepsie se traduisent par des variations positives ou négatives de l'état mental, c'est-à-dire par des symptômes d'épuisement ou d'excitation — quelquefois ces deux ordres de phénomènes se succèdent et alternent chez le même sujet de façon à réaliser des syndromes à double forme, des états circulaires. Nous décrirons donc successivement :

1° Les syndromes avec *excitation;*
2° Les syndromes avec *dépression;*
3° Les formes *alternantes.*

I. — Syndromes avec excitation

Les formes avec excitation sont les plus fréquentes. Elles comprennent : a) la *manie ;* b) les *impulsions.*

Manie. — La manie épileptique peut se présenter sous deux formes : la manie simple et la manie furieuse. Ces deux formes correspondent à ce que J. Falret a décrit sous les noms de *petit mal intellectuel* et de *grand mal intellectuel.* Elles ne diffèrent en réalité que par l'intensité du délire, relativement calme dans le premier cas (epilepsia mitis, état crépusculaire, état hypnagogique), extrêmement violent dans le second (fureur épileptique).

a) La *manie simple* est le plus souvent post-paroxystique. A la suite d'un accès complet ou incomplet, ou bien d'un vertige, le malade est pris brus-

quement de délire et d'agitation. Il va, vient, déplaçant les objets situés à sa portée sans raison et sans méthode, répète indéfiniment les mêmes mots ou la même phrase, chantonne, s'arrête et se tait un instant puis se remet en marche, évitant les obstacles, répétant toujours les mêmes paroles. Sa physionomie exprime la tristesse ou l'indifférence ou quelquefois la béatitude. Si on l'interpelle il répond brièvement mais correctement et retombe aussitôt dans son délire. Cette particularité est importante. Elle constitue un des traits distinctifs de la manie épileptique et qui peut servir à la différencier de la manie simple ordinaire. Ce délire doux en somme est traversé par des hallucinations, quelquefois par des réminiscences variables suivant les cas et qui viennent en colorer diversement la physionomie. Chez une malade observée par J. Voisin[1] la tristesse et les pleurs, le rire et les chansons alternaient avec des périodes de mutisme absolu. Le plus souvent ce sont des souvenirs d'un passé plus ou moins lointain qui semblent occuper l'esprit des malades, mais leurs idées ou leurs souvenirs, qu'ils soient partiellement coordonnés ou bien incohérents et confus, sont toujours exprimés par les mêmes mots, les mêmes phrases. Les illusions et les hallucinations qui accompagnent et souvent dirigent le délire sont d'ordre visuel. Ce sont parfois des hallucinations terrifiantes (sang, feu, personnages réels ou imaginaires, menaçants). En pareil cas le délire et l'agitation prennent une intensité plus grande sans toutefois s'élever au degré de véhémence qu'ils présentent dans la manie furieuse. C'est qu'en effet entre le petit et le grand mal intellectuel on peut observer des variétés intermédiaires.

La forme maniaque que nous venons de décrire, peut durer de quelques minutes jusqu'à quinze jours, mais cette durée est plus brève que celle de la manie ordinaire qui persiste des semaines et des mois. Le retour à l'état normal se fait le plus souvent d'une manière brusque, quelquefois à la suite d'un accès convulsif, et lorsque le trouble mental a pris fin les malades n'en ont gardé aucun souvenir.

b) *Manie furieuse.* — La fureur épileptique réalise le type le plus achevé de la folie furieuse. Elle aboutit fréquemment à des actes criminels ou délictueux. Elle est quelquefois annoncée par des signes précurseurs : ce sont des troubles dyspeptiques, de la céphalalgie, une sorte d'angoisse morale qui va s'accentuant jusqu'à ce que le paroxysme éclate.

L'accès débute d'une façon soudaine, inattendue. Le malade devient tout à coup irritable, loquace. Il entre dans une colère furieuse, brise tout autour de lui, injurie les personnes qui l'entourent même celles qui lui sont chères et se rue sur elles pour les frapper. La violence et la force du malade s'élèvent à un degré inouï si l'on cherche à faire obstacle à ses mouvements. Chose remarquable, au milieu de cette fureur aveugle, l'épileptique qui paraît étranger à ce qui l'entoure sait cependant voir et observer; il lance à chaque interpellation une parole appropriée, ses gestes sont violents mais coordonnés

[1] J. Voisin. *Loc. cit.*

et parfois terriblement précis. Souvent affolé ou exaspéré par ses hallucinations il frappe à coup sûr et tue ou se suicide.

Après quelques minutes ou quelques heures de durée, la voix devient rauque, la langue se dessèche, le corps se couvre de sueur et l'accès s'apaise soit brusquement soit par degrés; au réveil, amnésie complète. Si la crise a été de courte durée, la température du malade s'élève légèrement ; si l'accès a persisté plusieurs heures, une journée, elle peut monter jusqu'à 40° et 41° ; l'accès est toujours suivi d'une période d'épuisement, de torpeur ou de somnolence qui dans certains cas peut aboutir au coma et à la mort.

Ces crises de manie se répètent à des intervalles plus ou moins éloignés, plus ou moins irréguliers. J. Falret a insisté sur la ressemblance parfaite chez le même malade des accès du petit ou du grand mal intellectuel. C'est là un caractère important, qui n'a rien d'absolu cependant, mais qui se retrouve dans un très grand nombre de cas.

Impulsions. — Les impulsions épileptiques se caractérisent surtout par leur soudaineté et leur indépendance des circonstances extérieures. Cependant elles sont quelquefois précédées par quelque trouble ou quelque sensation spéciale qui constitue pour le malade un vague avertissement : c'est un état d'angoisse, ou bien une douleur précordiale, un goût ou une odeur désagréables, etc. ; de même il peut advenir que l'acte par lequel se traduit le délire impulsif revête un caractère plus ou moins réfléchi. Il arrive parfois que pendant la brève durée de l'état impulsif le malade soit capable d'opposer une réponse correcte à une interpellation, mais le fait est rare et en tout cas, au réveil, l'amnésie est complète et porte aussi bien sur les actes délirants que sur la période de lucidité intercalaire. Quelquefois, il est vrai, l'amnésie post-paroxystique n'est pas absolue, et le sujet conserve une vague souvenance de l'acte qu'il vient d'accomplir. Mais ces particularités sont exceptionnelles et on peut dire qu'en général le délire impulsif des épileptiques est soudain et accompagné d'une altération profonde de la conscience et du souvenir.

Au cours de cet état psychique il n'y a pas à proprement parler perte de la connaissance, mais bien effacement subit de la conscience normale. Le sujet entre brusquement dans ce que Azam appelait la condition seconde, sorte d'état de rêve dans lequel le malade perd le contrôle et la direction de ses actes et que l'on désigne encore sous les noms d'état hypnagogique (Krafft-Ebing)[1] ou d'état crépusculaire (Ottolenghi)[2].

La direction des délires impulsifs des épileptiques est extrêmement variable. Les plus intéressants au point de vue pratique sont ceux qui aboutissent à des actes criminels ou délictueux. Telles sont les impulsions au *suicide*, à l'*homicide*, au *vol*, les impulsions *pyromaniaques*, etc.

Le meurtre épileptique est accompli généralement d'une manière soudaine, sans motif, sans préméditation, ouvertement. Souvent en effet l'acte criminel

[1] Krafft-Ebing. États épileptoïdes hypnogogiques (*Annales médic. psych.*, 1879).
[2] Ottolenghi. *Le Epilessie psychiche. Turin*, 1890.

est commis en plein jour, devant témoins. En l'exécutant le malade déploie une force, un acharnement hors de proportion avec le résultat à obtenir. La victime sera lardée de coups inutiles. Parfois, le crime accompli, le malade tombe dans un sommeil profond et s'endort près de sa victime; que cette torpeur post-paroxystique se produise ou non, au sortir de l'accès, l'épileptique n'a aucun souvenir de l'action qu'il vient de commettre, il l'ignore, aussi se montre-t-il fréquemment indifférent, sans remords.

Dans certains cas cependant le crime épileptique ne présente pas les caractères typiques que nous venons d'indiquer. Ainsi il peut arriver que l'acte homicide suive de près une provocation étrangère, il semble alors avoir été déterminé par elle. Parfois il y a une apparence de préméditation, de préparation, de rancune antérieure[1]. C'est qu'en effet le délire impulsif n'est quelquefois que « l'exécution automatique d'une idée antérieure » (Féré)[2]. Les épileptiques sont souvent en dehors de leurs paroxysmes, des impulsifs nés, des alcooliques; leur caractère, leurs habitudes, leur éducation en font parfois des prédisposés aux actes de violence ou de brutalité, et l'on comprend qu'en pareil cas on ait tenté d'attribuer à une volonté réfléchie un acte qui semble en effet prémédité, mais dont l'exécution est cependant le fait d'une impulsion comitiale; mais ces faits sont exceptionnels.

Dans les impulsions au *vol*, à l'*incendie* on se trouve encore en présence d'actes coupables accomplis sans motifs, sans préméditation et se répétant invariablement suivant la même formule. Tel malade s'est livré à des tentatives d'incendies reitérées et c'est toujours de la même manière, quelquefois à la même heure et sans se dissimuler qu'il a perpétré ses tentatives. S'il s'agit d'impulsions au vol, le sujet emplit ses poches d'objets futiles ou précieux indistinctement. Quelquefois le vol ne porte que sur des objets de valeur insignifiante et toujours de même nature (cravates, clefs, etc.). Le malade ne cherche pas à tirer parti des objets volés, à en réaliser la valeur. La crise passée il est fort surpris de retrouver dans ses poches les produits de ses larcins inconscients.

L'*exhibition* épileptique se présente avec un certain nombre de caractères qui permettent de la reconnaître aisément[3]. Cette variété d'impulsion s'observe généralement chez l'homme; elle est exceptionnelle chez la femme. Elle ne s'accompagne pas, ou du moins rarement de manœuvres lubriques, d'attentat à la pudeur ou de viol. Il s'agit d'un étalage inconscient non dissimulé, effectué en plein jour, dans un lieu public, en pleine rue avec une indifférence et un calme parfaits. A côté de ces impulsions de caractère criminel ou simplement délictueux, on peut observer des actes impulsifs ou automatiques, banals ou bizarres, dont la diversité est pour ainsi dire indéfinie. Le délire impulsif peut consister en un accès de *dipsomanie* ou de *boulimie*. Quelque-

[1] Clouston. *Mental Diseases*.

[2] Féré. *Loc. cit.*

[3] Gilbert Ballet. Exhibitionnistes. *Semaine médicale*, 1893. Voir. Lasègue. *Union médicale*. 1877. — Magnan. *Soc. de méd. légale*, 1890. — Garnier. *Archiv. de Neurologie*, 1894. Pribat. *Th. Paris*, 1894.

fois il s'agit d'une sorte de crise coprolalique. Brusquement le malade lâche une bordée d'injures ou de mots orduriers avec la plus grande impassibilité et sans s'émouvoir le moins du monde de l'étonnement qu'il provoque dans son entourage, etc.

Automatisme comitial ambulatoire. — Certains épileptiques sont sujets, à intervalles variables, à des fugues inconscientes dont la durée est parfois considérable. Cette forme de crises psycho-épileptiques a été décrite par Charcot[1]. L'accès débute brusquement. Il saisit le malade au milieu de ses occupations. Le sujet quitte tout à coup son travail, son domicile et erre pendant des heures, des jours entiers. Rarement il revient à son point de départ. Le plus souvent il va droit devant lui dans une direction déterminée et ne reprend conscience de lui-même qu'après avoir parcouru des distances quelquefois énormes. Ces fugues sont parfois très longues et le trajet parcouru par le malade fort compliqué. Le sujet au cours de ces crises ambulatoires semble se comporter comme un homme normal puisqu'il prend quelquefois un billet de chemin de fer, se fait servir à manger, paie, etc. Il est dans une sorte d'état second. Ainsi le malade de Charcot accomplit dans sa crise le voyage de Paris à Brest. Un autre épileptique observé par Cabadé[2] se rendit à pieds en sept jours de Bordeaux à Hyères. Mais cette variété est extrêmement rare. Le plus souvent l'épileptique en fugue présente des allures anormales ; il a l'air hébété, niais ou farouche. Il ne répond pas si on l'interpelle, il brise l'obstacle qui s'oppose à sa marche. Quelquefois il tombe épuisé et mourant de faim (Voisin).

D'autres formes sont rarement observées : ce sont la narcolepsie et la stupeur épileptique.

La *narcolepsie comitiale* n'appartient pas à proprement parler au groupe des paroxymes psychiques. Dans certains cas cependant les crises de sommeil sont immédiatement suivies d'un délire violent (Caffe et Sémelaigne).

La *stupeur épileptique* apparaissant à titre de *paroxysme indépendant* des accès convulsifs, des vertiges, est assez mal définie. Dans sa forme légère et momentanée elle ressemble assez à une crise d'amnésie. Le malade cesse tout à coup de savoir où il est; il ne reconnaît ni les lieux ni les personnes. Kesteven[3] a vu cependant des crises de stupeur survenant chez un enfant à heures régulières, que le traitement bromuré supprima.

Enfin deux auteurs italiens Franzolini et Celotti[4] ont publié des faits d'après lesquels l'accès de stupeur comitiale se prolongerait durant plusieurs jours et revêtirait l'apparence de la stupeur lypémaniaque. Mais cette dernière forme ne saurait être acceptée sans réserves.

Par contre on sait qu'il n'est pas rare d'observer à la suite des paroxymes

[1] Charcot. *Leç. du mardi,* 1889.

[2] Cabadé. *Archiv. cliniq. de Bordeaux,* 1895.

[3] Kesteven. *Clinical Society,* 1879.

[4] Franzolini et Celotti. Epilessia larvata sotto forma de lipemania attonita (*Archiv. Ital. ver le malattie mentale e nervose,* 1861.)

convulsifs un véritable état de stupeur; lorsque les accès convulsifs ou les vertiges se répètent journellement cet état persiste durant des mois entiers et aboutit rapidement à la démence.

II. — Formes alternantes ou doubles formes

Ce sont ou des formes circulaires pures ou des accès plus ou moins prolongés où se produisent alternativement des phénomènes d'excitation et de dépression mentale. Elles sont extrêmement rares. Elles ont été signalées par Morel, par Laukey. Doutrebente a rapporté l'observation remarquable d'un individu qui présenta successivement : du délire aigu en 1866, de la manie rémittente de 1866 à 1880 et de la folie à double forme dans les deux années suivantes[1]. Ce malade jusqu'alors indemne de toute manifestation imputable à l'épilepsie eut pendant plusieurs annés consécutives une série d'accès convulsifs à la suite desquels l'état délirant qui persistait depuis vingt ans sous différentes formes, disparut. En outre, chez ce malade, la médication bromurée en éloignant les attaques convulsives ramenait la folie alterne. On comprend en présence de pareils faits que Doutrebente ait pu se demander si les folies périodiques remittentes ou alternes ne sont pas toutes de nature comitiale.

III. — Démence épileptique

La démence est le terme à peu près fatal auquel viennent aboutir les formes diverses du mal comitial. L'exhaustion post-paroxystique joue un rôle capital dans la genèse de la démence épileptique : après chaque accès l'intelligence et le sentiment subissent une certaine atteinte ; ainsi la dépression psychique s'accentue à mesure que les accès se répètent et se rapprochent davantage, tandis que l'état mental s'améliore lorsque les attaques viennent à s'espacer. C'est pourquoi la démence épileptique présente, au moins dès le début, des phases de rémission : elle s'installe et évolue par à-coups.

Si la démence apparaît le plus souvent à la suite des petits paroxysmes (vertiges, absences), c'est en raison de leur répétition plus fréquente. En réalité, à nombre égal de paroxysmes, la déchéance est d'autant plus rapide et profonde que l'intensité des accès est plus grande et que le sujet est plus âgé.

La démence épileptique ne présente pas toujours cette évolution rémittente que nous venons d'indiquer. Dans certains cas elle se développe d'une manière progressive et continue, que les crises paroxystiques s'espacent ou qu'elles se multiplient. C'est qu'alors elle n'est plus le résultat de l'épuisement fonctionnel des centres nerveux que déterminent les paroxysmes ; elle relève des altérations anatomiques, des scléroses cérébrales primitives ou secondaires. Cette démence est stable et indélébile comme les lésions qui la déterminent. Elle ne présente pas de rémissions franches ; elle est surtout *dégénérative* (Féré).

Lorsque l'épilepsie se développe dans les premières années de l'existence,

[1] Doutrebente. *Ann. medico-psycholog.*, 1886.

elle a pour conséquence l'arrêt du développement des facultés intellectuelles, et bientôt la perte des quelques notions que l'enfant a pu déjà acquérir. Il s'ensuit que le jeune malade présente l'aspect d'un idiot et pourra être considéré comme tel si la maladie causale ou l'évolution vraie des phénomènes morbides est méconnue. En réalité il s'agit en pareil cas non point d'un idiot épileptique, mais bien d'un épileptique devenu dément. D'ailleurs, dans l'une et l'autre éventualité, l'enfant est irrémédiablement voué à la déchéance définitive. La suspension ou l'éloignement des crises, qu'elles se produisent spontanément ou sous l'influence de la médication bromurée, n'amènent que rarement une amélioration imparfaite et bientôt effacée par de nouveaux accès.

Diagnostic. — Le diagnostic des syndromes psychiques de l'épilepsie, lorsqu'ils se produisent indépendamment des accès convulsifs, présente parfois les plus grandes difficultés. Leur véritable origine peut être méconnue, car les caractères qui leur sont propres n'apparaissent pas toujours dans la pratique avec un relief suffisant, et ils se retrouvent pour la plupart dans des syndromes psychiques similaires, étrangers au mal comitial.

D'autre part, l'épilepsie mentale est souvent criminelle ou délictueuse. Elle soulève fréquemment de délicates questions de responsabilité. Ainsi le diagnostic clinique des divers paroxysmes psychiques se double souvent et se complique d'un problème médico-légal.

Nous envisagerons donc successivement dans ce chapitre le diagnostic différentiel nosographique des troubles psychiques de l'épilepsie et l'interprétation médico-légale des actes criminels ou délictueux accomplis par les épileptiques soit dans le cours, soit en dehors de leurs paroxysmes.

La *manie épileptique* se différencie de la manie ordinaire par les particularités que voici : elle débute brusquement et atteint d'emblée son maximum de développement. La manie ordinaire s'établit graduellement ; elle est précédée d'un état de dépression mélancolique. L'épileptique maniaque présente un délire monotone, il répète toujours les mêmes mots ; il répond avec à propos aux questions qu'on lui adresse, il a l'apparence de la raison ; il est sujet à des hallucinations terrifiantes ; il revient à lui brusquement. Le maniaque vulgaire n'a pas d'hallucinations, son délire et ses paroles sont incessamment variés, on ne peut l'en distraire et obtenir une réponse appropriée. Revenu à l'état normal, il se souvient de ce qu'il a fait et vu durant son délire. L'épileptique présente une amnésie complète de ses faits et gestes durant ses accès. La durée de ces accès est infiniment plus courte que celle de la manie ordinaire.

La fureur épileptique peut être confondue avec certains *délires alcooliques*, d'autant plus que beaucoup d'épileptiques sont en même temps alcooliques. Les hallucinations visuelles terrifiantes sont communes aux deux sortes de délire. Mais après le délire alcoolique l'oubli n'est pas complet. L'alcoolique frappe et tue quelquefois, mais il ne s'acharne pas après sa victime, comme le fait l'épileptique.

L'automatisme ambulatoire *hystérique* se distingue aisément de l'automa-

tisme comitial. L'aspect extérieur, les allures du sujet, sont plus régulières, plus semblables à celles d'un individu normal ; l'automatisme est pour ainsi dire plus parfait, mieux coordonné. L'oubli, au réveil, est tout aussi profond que chez l'épileptique, mais il suffit de le placer en état d'hypnose pour obtenir de lui le récit détaillé de ses pérégrinations. L'épileptique n'est pas hypnotisable. Les fugues des *dégénérés* (Pitres) sont toujours conscientes et ne sauraient être confondues avec l'automatisme ambulatoire comitial. Il en est de même des fugues accomplies par certains paralytiques généraux. Si les analogies sont nombreuses, une observation attentive permettra toujours de relever les signes somatiques propres à cette affection et partant de préciser le diagnostic.

Les délires impulsifs des *dégénérés* présentent de nombreux traits de ressemblance avec les impulsions épileptiques. A la vérité, le diagnostic de ces derniers ne peut être établi d'une façon sûre qu'autant qu'il existe chez le malade des paroxysmes épileptiques moteurs dont la nature ne peut être mise en doute. En effet, les épileptiques sont souvent eux-mêmes des dégénérés et l'on retrouve fréquemment chez eux les stigmates de la dégénérescence. Leurs délires transitoires ne présentent pas toujours ces caractères distinctifs d'inconscience absolue et d'amnésie totale post-paroxystiques que nous avons indiqués ; en pareil cas, et en l'absence de tout accès convulsif, la difficulté du diagnostic peut être très grande. Le problème se complique encore lorsque le délire aboutit à quelque acte criminel ou délictueux. Sans doute, en thèse générale, l'épileptique, après l'accès, ignore l'acte qu'il a commis, tandis que le dégénéré en est conscient et en garde le souvenir. Mais un dégénéré, tout comme un criminel vulgaire, peut fort bien simuler l'oubli des faits accomplis comme il pourra simuler l'épilepsie dans le but d'établir qu'il est irresponsable.

Dans cet ordre de faits, le diagnostic peut rester longtemps en suspens ; il ne saurait du moins être formulé qu'après une observation minutieuse et suffisamment prolongée. L'enquête devra porter sur l'hérédité du sujet, ses antécédents névropathiques, son état mental habituel, les altérations du sens moral et de l'intelligence qu'il a pu présenter ; il faudra rechercher l'existence des stigmates physiques, les traces qu'ont pu laisser les attaques antérieures, etc. Mais ce sont là des éléments de probabilité et non de certitude. Dans l'hypothèse d'une épilepsie simulée par un sujet dûment averti et stylé l'erreur est toujours possible. Il ne suffit même pas d'assister à un accès pour être en mesure d'affirmer sa sincérité ; l'exemple de Calmeil simulant une attaque en présence d'Esquirol est là pour le prouver. La sincérité des attaques ne peut être rejetée qu'autant qu'il existe des signes manifestes de supercherie. Seule la constatation de l'hypotoxicité urinaire dans les périodes intercalaires, des variations post-paroxystiques de l'excrétion urinaire, d'une élévation thermique coïncidant avec la fin de la crise et disparaissant quelques heures après pourront sérieusement aider au diagnostic. L'épilepsie étant reconnue, il reste encore à rechercher si le prévenu était bien sous le coup d'un paroxysme au moment où l'action criminelle ou délictueuse a été commise ; car, on le conçoit aisément, un épileptique avéré peut commettre en

pleine conscience, en dehors de tout paroxysme mental, un acte coupable et invoquer ensuite son mal afin d'échapper à la responsabilité pénale ou civile qu'il a encourue. Ici encore l'embarras du médecin légiste peut être extrême. En effet, les actes des épileptiques en état de délire impulsif n'ont pas *toujours* les caractères tranchés que les descriptions nosographiques leur imposent. L'absence de but intéressé, la violence excessive de l'acte, la répétition de l'action coupable suivant un mode uniforme, sa soudaineté, etc., tous ces caractères, parfois fort difficiles à établir dans la pratique, ne sont pas absolument spécifiques. De même l'inconscience et l'amnésie étant d'ordre purement subjectif, échappent à tout contrôle. En fait, on peut bien arriver dans certains cas à une conviction ferme, mais non pas à la certitude. Il convient donc, dans cette catégorie de cas particulièrement difficiles, que le médecin légiste se montre réservé sur la question de *responsabilité morale* et qu'il laisse au juge le soin d'appliquer ses constatations médicales à l'interprétation des faits et au texte de la loi. Ces réserves étant faites, il faut bien reconnaître que l'interprétation des faits n'est pas toujours aussi épineuse. Lorsqu'il s'agit d'un acte criminel ou délictueux accompli par un épileptique avéré, dont les paroxysmes psychiques précèdent ou suivent les accès convulsifs, lorsque l'acte a été commis dans des circonstances telles que cet acte apparaît avec tous les caractères de soudaineté, d'absurdité propres à la plupart des impulsions épileptiques, le médecin est autorisé à conclure à l'*irresponsabilité absolue* du malade.

Si l'action s'est produite au *voisinage d'un accès,* la responsabilité peut être relative et toujours atténuée.

Dans l'*intervalle des accès,* s'il est démontré qu'il n'existe aucun trouble mental habituel, responsabilité complète. Si le sujet présente les modifications du caractère que nous avons énumérées (instabilité, irritabilité explosive, etc.), sa responsabilité peut être atténuée. Mais dans ces cas l'appréciation des actes criminels ou délictueux commis dans l'intervalle des accès est souvent bien délicate et doit toujours être formulée avec d'extrêmes réserves. Par contre, si l'épileptique a subi dans ses facultés intellectuelles une atteinte profonde, s'il présente les signes d'une démence confirmée ou à son début, il doit être tenu pour irresponsable.

Tout malade atteint d'épilepsie psychique dont les crises peuvent revêtir un caractère dangereux doit être sinon interné, du moins surveillé étroitement par les soins et sous la responsabilité de sa famille.

L'internement devient nécessairement obligatoire après un acte délictueux ou criminel. La séquestration ne doit prendre fin qu'autant qu'une observation longtemps prolongée aura démontré la disparition des accès impulsifs à tendance nocive.

CHAPITRE IV

TROUBLES PSYCHIQUES DANS LES CHORÉES

Par A. DUTIL

Séparant du cadre des chorées, les chorées hystériques dans lesquelles les troubles mentaux ne présentent rien qui n'ait été dit à propos de l'état mental des hystériques en général ; et les chorées symptomatiques d'affections des centres nerveux où l'élément « chorée » est plutôt un symptôme qu'une entité morbide, nous n'étudierons ici que les troubles psychiques de la chorée de Sydenham (chorée des jeunes) et ceux de la chorée de Huntington (chorée chronique ou chorée dégénérative), maladie spéciale pour les uns (Lannois), se rattachant à la chorée vulgaire pour les autres (Charcot), mais dans laquelle les troubles mentaux présentent quelques traits d'évolution spéciale et nécessitant une description à part.

CHORÉE DE SYDENHAM

Bien que le premier travail d'ensemble sur les troubles mentaux de la chorée date de 1859 (mémoire de Marcé [1]), les modifications du caractère et l'existence de véritables vésanies chez les choréiques avaient tellement frappé d'anciens auteurs que quelques-uns allaient jusqu'à la considérer comme une espèce de folie. C'est l'opinion de Plat [2] qui écrivait il est vrai en 1614. C'est aussi celle de Scherk, Tulpius, Sennert, auteurs de la même époque, qui n'hésitent pas à ranger la chorée au nombre des vésanies. Il est assez remarquable cependant que Sydenham n'ait fait aucune mention de ces troubles psychiques. Mais c'est surtout la période contemporaine qui est riche en travaux sur l'état mental des choréiques. Nous ne saurions en tracer ici l'historique complet ; citons seulement les noms de Marcé, de Ball [3] de Joffroy [4] et de Breton.

Dans un premier paragraphe nous étudierons les altérations de la sensibilité morale, du caractère, de l'intelligence, de l'attention, de la mémoire, de l'affectivité, altérations qui constituent le fonds de l'état mental du

[1] *Mémoires à l'Académie de Médecine,* 1859.
[2] D'après Breton. *Thèse de Paris,* 1853.
[3] Ball. *France médicale,* 1886. Folie choréique.
[4] Joffroy. *Semaine méd.*, 1893.

choréique comme celui du basedowien, altérations si fréquentes qu'on est presque en droit de les ranger au nombre des symptômes habituels de la chorée. Puis chez quelques-uns de ces choréiques, nous verrons apparaître des troubles psychiques mieux caractérisés ; ceux-ci sont déjà sur la pente de la folie et présentent des hallucinations, des terreurs nocturnes. Un pas de plus, et il nous faut envisager la folie choréique qui comporte des accès maniaques, des délires variés avec hallucinations et parfois comme un essai de systématisation.

Enfin nous aborderons la question de la nature des troubles mentaux chez les choréiques et nous verrons s'il y a lieu de maintenir l'existence d'une folie choréique ayant des caractères propres et engendrée de toutes pièces par l'affection nerveuse sur le terrain de laquelle elle évolue.

I. État mental dans la chorée de Sydenham. — L'inégalité d'humeur, une impressionnabilité excessive, une disproportion marquée entre les sensations reçues et les réactions qu'elles provoquent constituent, pour tous les auteurs, qui se sont occupés de la question, le fond du caractère des choréiques. Leur mobilité nerveuse n'a d'égale que celle de certains basedowiens. Tour à tour prévenants, sensibles, indifférents, irascibles, colères, boudeurs, ils font le désespoir de leur entourage. Or les réprimandes ou les moqueries auxquelles donnent lieu, de la part de leurs proches, ces inégalités d'humeur, ne font que les exagérer. Alors ils deviennent parfois malfaisants; ils brisent, déchirent ce qui leur tombe sous la main. Peut-être cependant faut-il parfois rapporter à la maladresse causée par les troubles moteurs, des actes que les parents sont trop souvent portés à rattacher à la malveillance.

Notons que les tendances générales de leur caractère les portent plutôt *à la tristesse*, *à la dépression mentale* qu'à la gaieté et à l'expansion.

Tout peut se borner à ces modifications de la sensibilité morale et du caractère. Parfois viennent s'ajouter des troubles de l'*intelligence* en général et plus particulièrement des troubles de la *mémoire* et de l'*attention*. Toutefois nombre d'auteurs remarquent que si le caractère du choréique est toujours modifié, les facultés intellectuelles restent très souvent normales ou à peu près (Blache, Valleix, Andral, Niemeyer, J. Simon, Périsson, etc.). Cependant il n'est pas rare de voir rapidement diminuer l'activité intellectuelle et l'aptitude au travail. Pour Lasègue le choréique est « paresseux », bêta, indolent. Les troubles de la mémoire sont très souvent notés : pour peu que la chorée persiste chez les malades, dit Breton[1], ils ne conservent rien de ce qu'ils avaient appris antérieurement et quelquefois leur instruction doit être complètement recommencée. Ce qui a été appris pendant la chorée est perdu complètement pour le malade.

Sollier remarque justement que les troubles de la mémoire sont dus au *défaut d'attention*. Cette impossibilité de fixer l'attention des choréiques frappe en effet dès l'abord tout observateur.

[1] Breton. *Loc. cit.*

Ces modifications de l'état mental que nous venons d'esquisser rapidement se reflètent dans le facies du malade « où se traduisent la dépression, la maussaderie et l'hébétude » (Ollivier[1]).

Breton a noté *des troubles de la parole* tenant non pas seulement à la chorée des muscles du langage et de la phonation, mais relevant de l'état mental. « On voit, dit-il, le malade embarrassé pour parler, chercher ses mots, faire de vrais efforts pour exprimer ses idées ; il laisse alors échapper les mots ou les phrases comme malgré lui ; puis après cette sorte de lutte intellectuelle qu'il ne peut soutenir longtemps, ne plus parler et se renfermer dans un mutisme plus ou moins long. »

II. Hallucinations dans la chorée de Sydenham. — Marcé est le premier auteur qui ait remarquablement observé les hallucinations dans la chorée, et il en a fixé les principaux caractères.

Plus fréquentes dans la seconde enfance, ce sont surtout des *hallucinations de la vue* apparaissant le soir au moment où l'enfant va s'endormir, dans cet état intermédiaire à la veille et au sommeil. Ce sont presque toujours des hallucinations terrifiantes, fantômes, chimères, sorciers, animaux sauvages; parfois elles rappellent un incident qui a été la cause occasionnelle du développement de la chorée. Elles se prolongent très souvent fort avant dans la nuit et *pendant le sommeil* : elles provoquent alors des rêves effrayants, des réveils en sursaut, des *terreurs nocturnes* qui arrachent des cris aux petits malades.

On a noté beaucoup plus rarement des hallucinations du tact, des hallucinations érotiques, exceptionnellement des hallucinations auditives[1].

III. Délires dans la chorée ; la folie choréique. — Chez un enfant présentant déjà les profondes modifications du caractère et de l'intelligence relatées plus haut, tourmenté par des hallucinations de la vue, on voit quelquefois apparaître des troubles mentaux plus caractérisés, plus inquiétants aussi et qui, se présentant d'ailleurs sous des formes variées, ont été englobées dans le terme général et du reste discutable, de *folie choréique.*

Il est rare en effet de voir survenir d'emblée ces manifestations vésaniques graves chez un choréique : presque toujours leur apparition est précédée d'une période plus ou moins longue pendant laquelle on note les troubles psychiques déjà étudiés ; puis un jour le déséquilibré devient un aliéné.

La *forme maniaque* et la *forme mélancolique* sont les plus communément notées.

Dans la forme maniaque, on peut simplement observer une agitation marquée, qui ne diffère en rien de celle de l'accès de manie ordinaire ; peut-être y aurait-il une tendance assez notable aux actes agressifs. Le malade pousse des cris rauques, inarticulés, répète sans fin des phrases stéréotypées, court, saute, déchire ce qui lui tombe sous la main. Cette agitation maniaque

[1] Ollivier. *Leçons cliniques sur le mal des enfants*, 1889.

se manifeste sous forme d'accès dans l'intervalle desquels le malade offre un état d'hébétude et d'incohérence très marqué. Dans d'autres cas, les hallucinations dominent, l'état général peut s'aggraver; alors le pouls s'accélère, la langue se dessèche et la mort peut survenir avec des convulsions ou dans le coma.

La forme mélancolique se greffe souvent sur les hallucinations qui lui fournissent alors un cachet particulier. Elle peut aller jusqu'à la *mélancolie anxieuse* avec sitiophobie et idées de suicide ou revêtir la forme de la mélancolie stupide. Mais il semble bien que la forme mélancolique appartienne plutôt à la chorée de Sydenham. De même la démence vraie est exceptionnelle dans cette chorée. Les idées de persécution, de grandeur ou de satisfaction n'ont presque jamais été observées.

IV. Marche, durée, terminaisons des troubles psychiques dans la chorée de Sydenham. — Les considérations que nous avons fait valoir au sujet de la nature des troubles mentaux dans la maladie de Basedow trouvent ici également leur application.

Tout d'abord — le fait est rare, mais existe — un choréique peut ne jamais présenter aucun trouble mental, si léger soit-il.

L'état mental peut précéder l'apparition de la chorée, et avec le début des troubles moteurs, on note en général une aggravation des troubles psychiques. Les deux ordres de manifestations marchent alors parallèlement. Les troubles mentaux sont souvent passagers, surtout s'il ne s'agit que de modifications de la sensibilité morale; ils cessent avec la chorée elle-même.

Mais dans d'autres circonstances, on observe des troubles psychiques graves (manie, mélancolie) avec des désordres moteurs à peine ébauchés et passagers; dans ces cas la guérison, au point de vue mental, peut n'être jamais parfaite. La déséquilibration mentale persiste toujours à un degré plus ou moins marqué, et le pronostic, pour l'avenir, doit être réservé.

Enfin le pronostic immédiat de la chorée est aggravé par l'apparition d'un état d'excitation maniaque prononcée, surtout si l'on voit survenir des phénomènes généraux (accélération du pouls, élévation de la température). Notons, en passant, qu'il ne faut pas confondre cette excitation maniaque, sur la nature de laquelle nous allons avoir à discuter, avec un délire apparaissant accidentellement au cours ou à la fin d'une chorée, et relevant de complications fébriles cérébrales, cardiaques ou autres.

V. Nature des troubles mentaux de la chorée de Sydenham. — La discussion que nous avons reproduite au sujet de la pathogénie des accidents mentaux dans la maladie de Basedow nous permettra d'être plus bref en ce qui concerne la chorée de Sydenham.

Le problème se pose en effet dans les mêmes conditions et nous paraît devoir être résolu par les mêmes arguments. Nous les résumerons ici : on les trouvera exposés avec détails, observations et statistiques à l'appui

dans le remarquable article de Joffroy et dans la thèse de Breton[1] :

1° Les troubles mentaux observés dans la chorée de Sydenham ne présentent rien d'absolument spécial, aucune empreinte caractéristique imposée par la maladie nerveuse au cours de laquelle ils évoluent. Pour prendre un exemple, le fonds de l'état mental d'un basedowien et celui d'un choréique sont presque exactement superposables ;

2° Ces troubles mentaux peuvent évoluer indépendamment des phénomènes moteurs qui sont la caractéristique de la chorée de Sydenham ;

3° L'étude des observations de chorée ne permet pas de méconnaître les rapports de cette affection avec d'autres névroses telles que l'hystérie et l'épilepsie et surtout, pour s'élever à une conception d'ordre plus général, elle met bien en lumière les relations de cette névrose avec la *dégénérescence mentale*. L'étude de l'hérédité des choréiques est particulièrement intéressante à ce point de vue : elle nous montre que si l'*hérédité similaire* est rare dans la chorée de Sydenham, l'hérédité psychique (aliénation), l'hérédité nerveuse en général (névroses diverses), l'hérédité alcoolique sont la règle chez les choréiques et surtout chez les choréiques à manifestations psychiques graves. Et souvent, bien avant l'apparition de la chorée et de ses troubles mentaux, l'état de déséquilibration mentale imposée par l'hérédité s'est traduit chez les enfants par des convulsions, par des manifestations nerveuses survenues en cours de maladies fébriles, par un affaiblissement des facultés intellectuelles. Tout malade choréique, dit Breton, qui a présenté au cours de sa chorée des troubles mentaux, est un malade chez lequel des accidents de même nature pourront se renouveler dans toute autre circonstance, que ce soit à propos d'une maladie fébrile, de certains actes physiologiques, évolution dentaire, puberté, menstruation, grossesse, accouchement.

En résumé, il n'y a pas plus de raison d'admettre l'existence d'une folie choréique que d'une folie basedowienne, que d'une folie menstruelle ou d'une folie gravidique, et adoptant les conclusions de Joffroy nous dirons : « La folie choréique est la manifestation (à l'occasion de la chorée) de la dégénérescence de l'appareil psychique. »

CHORÉE DE HUNTINGTON
(CHORÉE HÉRÉDITAIRE, CHORÉE DÉGÉNÉRATIVE)

Les considérations pathogéniques auxquelles ont donné lieu les troubles psychiques de la chorée de Sydenham, s'appliquent pleinement à la chorée héréditaire ; nous nous en tiendrons à l'étude clinique des troubles mentaux observés si fréquemment dans cette forme de chorée que, pour beaucoup d'auteurs, ils ne font jamais défaut.

Mais comme on réunit parfois des cas disparates, incomplètement étudiés dans le cadre de la chorée de Huntington, nous n'aurons en vue[2] que les cas

[1] Joffroy, Breton. *loc. cit.*

[2] Voir Ladame. *Arch. de Neurologie*, 1900, p. 98.

répondant au type décrit en 1872 par Huntington et présentant les trois caractères suivants : 1° hérédité similaire; 2° marche progressive sans guérison possible; 3° début dans l'âge adulte.

Pour la plupart des auteurs les troubles psychiques font partie intégrante du tableau de la chorée de Huntington si bien que Halloch propose d'appeler cette maladie *Dementia choreica*, comme on dit *Dementia paralytica*. Nous verrons du reste plus loin que cette dénomination paraît destinée à consacrer des idées théoriques sur la nature de la maladie, idées qui sont au moins prématurées. Quoi qu'il en soit, il a été publié quelques cas de chorée héréditaire sans troubles mentaux (Ewald, Huet, Lœwenfeld). Mais il faut remarquer que ces cas n'entraînent pas absolument la conviction : dans l'un, la chorée a débuté à l'âge de treize ans, dans l'autre la maladie a été suivie trop peu de temps, dans le troisième il s'agit vraisemblablement d'une maladie des tics. En résumé, il ne nous semble pas qu'il existe, jusqu'à ce jour, une observation probante de chorée de Huntington sans trouble psychique,

Ces troubles apparaissent d'une façon très précoce et marquent souvent le début clinique de l'affection. Ce qui fait le fonds de l'état mental des choréiques c'est l'*irritabilité extrême*. Ils sont exigeants, capricieux, agressifs, ils entrent aisément en querelle : alors ils vocifèrent, gesticulent un peu à la manière des maniaques. Toutefois les accès maniaques proprement dits ne s'observent pas dans la chorée de Huntington; ce que nombre d'auteurs ont noté ce sont des *idées mélancoliques avec des tendances au suicide*. Et pourtant une étude critique remarquable de Ladame montre que ces idées de suicide existent rarement si on veut se donner la peine de reprendre une à une les observations. C'est ainsi que Huet [1], qui dans sa thèse parle de la fréquence des idées de suicide, rapporte 58 observations où il n'est parlé de suicide que dans 4 cas. Ladame [2] conclut qu'« il n'existe pas un seul cas absolument certain de suicide ou même de tentative de suicide. On constate fréquemment au contraire *des menaces de suicide* qui ne sont jamais suivies de véritables tentatives et qui sont simplement dues à des mouvements de colère ».

Un point sur lequel tous les auteurs sont d'accord c'est la constatation de *l'affaiblissement progressif des facultés intellectuelles*, en un mot de la démence progressive. Peu à peu la mémoire se perd; il n'existe plus aucune tenue dans le raisonnement. Le malade en arrive à vivre d'une vie absolument végétative et cet affaiblissement progressif de l'intelligence est de tous points comparable à celui de la paralysie générale. Aussi certains auteurs ont-ils voulu rapprocher la chorée de Huntington de la paralysie générale, la démence choréique de la démence paralytique (Halloch, Binswanger, cités par Ladame). C'est ici le lieu de rappeler que certaines autopsies ont révelé l'existence de lésions corticales analogues à celles de la paralysie générale. Toutefois il y a toujours, même dans ces cas, des différences sensibles entre les deux ordres d'altérations anatomiques (absence de prolifération des cellules

[1] Huet. *Thèse de Paris*, 1889.
[2] Ladame. *Loc. cit.*

araignées, etc.,), et d'ailleurs, dans la plupart des nécropsies, il n'est question d'aucune lésion, la paralysie générale étant une maladie essentiellement *infectieuse,* individuelle, la chorée de Huntington une affection essentiellement héréditaire, familiale, *dégénérative.* Ces deux états morbides n'ont en réalité d'autre trait commun que le caractère progressif de la démence qui les termine.

CHAPITRE V

TROUBLES PSYCHIQUES DANS LA MALADIE DE PARKINSON

Par A. DUTIL

Dans ce chapitre nous décrirons successivement l'état mental habituel des parkinsoniens et les troubles psychiques graves, délires, états vésaniques, qui se montrent parfois au cours de la lente évolution de la paralysie agitante.

I. État mental dans la maladie de Parkinson. — Dans le tableau si sobre et si fidèle qu'il a tracé de la paralysie agitante (*On the shaking palsy*), Parkinson ne relève aucune modification dans l'état mental des malades qui ont servi à sa description. Charcot, qui reprit et compléta la description de Parkinson, a noté l'intégrité de l'intelligence chez les sujets atteints de cette affection. Il insistait sur ce caractère ; il ne manquait pas, dans ses démonstrations cliniques, d'appeler l'attention de ses auditeurs sur ce trait : le contraste frappant qui existe entre le masque inerte et en apparence stupide des parkinsoniens et la lucidité persistante de leur intelligence et de leur mémoire.

Il est certain que dans la majorité des cas cette observation est juste et l'on peut affirmer qu'au début et même dans les phases de développement complet de la maladie, l'état mental des malades n'est rien moins que conforme à leur habitus extérieur, à l'aspect figé de leur physionomie, c'est-à-dire que chez eux la mémoire et l'intelligence restent indemnes. Mais en est-il de même dans tous les cas, dans les phases ultimes de la maladie ? Et n'est-il pas vrai qu'en dehors de toute altération profonde des grandes facultés psychiques, la maladie de Parkinson peut déterminer tôt ou tard, chez les sujets qu'elle frappe, de notables modifications du caractère et de la personne morale ? On ne saurait nier qu'il en soit ainsi, du moins chez un certain nombre de sujets. Mais, sur ce point, des affirmations contradictoires se sont produites qui nous paraissent également erronées parce qu'elles sont trop absolues.

Les uns, en effet, déclarent que la maladie de Parkinson ne s'accompagne d'aucune modification de l'état psychique ; pour d'autres, tout parkinsonien est un individu qui, dès le début de sa maladie, présente un affaiblissement notable des facultés psychiques dans la sphère intellectuelle et dans la sphère affective : indifférent à ce qui se passe autour de lui, apathique, morose et grognon, souvent méfiant, soupçonneux, le paraiytique offrirait toujours un

certain degré d'obtusion intellectuelle. Cette manière d'apprécier l'état mental des parkinsoniens nous paraît peu conforme à la réalité. Brissaud [1], s'inscrivant en faux contre cette opinion trop absolue, a analysé plus justement l'état mental des parkinsoniens : « Le parkinsonien, dit-il, conserve pendant longtemps, quelquefois indéfiniment, toute la lucidité de son esprit. Il comprend à merveille ce qu'on lui dit et ce qu'on lui raconte, il n'aime pas tant qu'on pourrait le croire à vivre dans l'ombre et la retraite ; il faut qu'il se sente entouré des siens, il faut qu'on l'entretienne des événements du jour, qu'on s'intéresse à lui, qu'on le plaigne. Cette disposition, vous le comprenez, devient rapidement fatigante pour l'entourage : on ne se trouve pas payé de retour.. ; et comme cet apathique a conservé la plénitude de ses idées et s'aperçoit vite qu'on le soigne avec moins de sollicitude, qu'on l'évite et qu'on lui cache bien des choses, alors il devient méfiant et son état psychique revêt bientôt le caractère d'une véritable vésanie, d'une sorte de délire de la suspicion. » Cette modification, qui commence par l'affaiblissement des sentiments altruistes et qui transforme peu à peu le paralytique en un égoïste exigeant, toujours mécontent de son entourage et le fait verser, en fin de compte, dans une sorte de manie soupçonneuse, cette modification s'observe, en effet, chez quelques malades, mais non chez tous.

En réalité, l'état mental des parkinsoniens peut être touché de façons différentes. Examinons brièvement les diverses éventualités qui peuvent se produire. Le cas le plus fréquent nous paraît être celui-ci : le malade tombe peu à peu dans la tristesse, dans la dépression morale. Il a, en effet, pleine conscience de sa triste situation ; il se sait incurable, et il devient graduellement indifférent à ce qui l'entoure ; il s'abandonne peu à peu dans une sorte de résignation douloureuse. Chez ces malades, les pleurs sont fréquents et surviennent à l'occasion des motifs les plus futiles et notamment de tout ce qui leur parle de leur pénible condition. L'activité intellectuelle est assurément abaissée, en raison même de leur dépression morale et de leur incapacité physique. Mais il n'y a pas chez eux à proprement parler, de troubles de l'intelligence, leur esprit reste lucide et leur mémoire très sûre. Par contre, il est des cas dans lesquels l'état mental du parkinsonien a subi dès le début de la maladie des modifications importantes. Lorsque la paralysie agitante s'est développée à la suite d'un traumatisme grave, d'un choc moral, d'une émotion violente, on peut observer chez certains sujets un état de dépression morale et intellectuelle profonde, une émotivité excessive et toujours en éveil. Les malades de cette catégorie sont incapables de tout travail intellectuel nécessitant un effort d'attention tant soit peu soutenu, leur mémoire est troublée ; ils sont tristes, abattus, pleurent fréquemment et souvent sans motif. Cet état moral peut durer longtemps, mais il est la conséquence directe du choc traumatique ou moral qui a été le point de départ de la maladie, il est identique à l'état mental qu'on observe dans la plupart des cas de neurasthénie traumautique. En pareille circonstance, l'enquête démontre qu'il a

[1] Brissaud. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1893, p. 489.

précédé l'apparition des premiers symptômes de la maladie de Parkinson ; il persiste plus ou moins longtemps, tandis que la paralysie agitante envahit peu à peu le sujet. La paralysie agitante peut bien, dans une certaine mesure, concourir à son entretien ; mais ici le trouble psychique s'est développé pour ainsi dire à côté de la maladie de Parkinson et ne dépend pas d'elle.

Enfin, certains sujets arrivés à un âge avancé ou atteints de sénilité précoce athéromateuse, présentent après une durée variable de leur maladie une véritable déchéance de leurs facultés psychiques ; leur mémoire offre de nombreuses lacunes ; ils pleurent à tout propos, à la manière des pseudo-bulbaires et des sujets atteints de ramollissement cérébral. Les malades de cette sorte ne sont plus de purs parkinsoniens, ils sont, en réalité, (certaines autopsies le prouvent) affectés d'ischémie corticale, et leur déchéance intellectuelle, leur état mental, ne sauraient être mis sur le compte exclusif de la paralysie agitante, c'est-à-dire des lésions centrales encore fort imprécises qui servent de substratum anatomique à cette maladie.

En résumé, si l'on écarte les états psychiques contingents qui peuvent se surajouter en quelque sorte à l'évolution de la maladie de Parkinson, on peut affirmer que cette affection n'altère que peu ou point l'état mental des sujets qu'elle frappe. Les modifications du caractère, le développement des sentiments égoïstes, l'indifférence du malade, ses exigences, une certaine manie de suspicion, et surtout de la dépression morale, de la tristesse, c'est là tout ce que l'on peut noter dans la très grande majorité des cas, soit au début, soit dans la période d'état de cette affection. En réalité, ces modifications sont d'ordre banal, elles ne sont pas nécessairement liées à l'évolution de la paralysie agitante ou des lésions du système nerveux central qui les commandent, puisqu'elles peuvent faire défaut. Elles nous paraissent être la conséquence légitime de la triste condition à laquelle les malades se voient réduits, de l'incapacité physique à laquelle ils se voient condamnés. Elles se développent chez eux comme elles peuvent se montrer chez les rhumatisants chroniques, chez les infirmes de toute catégorie qu'une maladie incurable immobilise. Il peut arriver qu'à la longue, ces malades, devenus grabataires ou peu s'en faut, présentent en raison de leur inactivité, de leur dépression morale, un certain affaissement de leurs facultés mentales ; mais on ne saurait dire qu'un affaiblissement profond ou progressif de ces facultés appartienne au tableau clinique de la maladie de Parkinson.

II. Délires, états vésaniques dans la maladie de Parkinson — On peut observer cependant chez les sujets atteints de paralysie agitante des troubles mentaux bien caractérisés, des délires, de véritables vésanies. Les faits de cette catégorie ne sont pas fréquents ; mais il en existe un certain nombre. Ils ont été étudiés et décrits plus particulièrement par Parant et par Ball[1]. En voici la formule succincte : « La forme de ces manifestations

[1] Ball. *Congrès de Londres*, 1881. *Encéphale*, 1882, II, 22.

psychiques, dit Ball, est toujours dépressive. Le plus souvent, il s'agit de lypémanie accompagnée d'impulsions au suicide et d'hallucinations multiples ». On a signalé, en effet, des hallucinations de l'ouïe, plus rarement de la vue. Quant aux impulsions au suicide, leur réalisation, on le conçoit aisément, est rendue bien difficile par les troubles moteurs que présentent les malades, et bien que dans ces cas, le parkinsonien soit un aliéné dans le sens vrai du mot, il est exceptionnel qu'on soit obligé de recourir à l'internement.

Comment évoluent ces troubles mentaux bien caractérisés? En général ils n'apparaissent qu'à une période déjà avancée de la maladie ; ils passent par des phases de rémission imparfaite et ils finissent par laisser le malade dans un état de véritable démence ou de demi-stupeur.

La *pathogénie* de ces troubles mentaux est assez obscure. Assurément la prédisposition héréditaire n'est pas sans influence sur leur développement. L'hérédité névropathique se rencontre fréquemment chez ces malades. On a même noté quelquefois, rarement il est vrai, l'hérédité similaire. Néanmoins, il ne semble pas que la *dégénérescence mentale* dont la notion nous a paru si importante quand nous avons décrit les troubles psychiques des choréiques et des basedowiens, soit ici un facteur étiologique de premier plan. Parant et Ball ont noté, en effet, dans la plupart de leurs observations, que le délire des parkinsoniens est sujet à des rémissions, qu'il paraît s'aggraver parallèlement aux troubles de la motilité et s'apaiser lorsque le tremblement vient à s'atténuer ou à disparaître. Cette coïncidence des variations du trouble mental et des variations des troubles moteurs, et notamment du tremblement, semble indiquer une connexion assez étroite entre l'état vésanique et la maladie causale elle-même. Enfin les phénomènes psychiques n'offrent pas chez le parkinsonien le polymorphisme, la variabilité que nous avons notés chez les basedowiens, chez les choréiques, et l'on sait que ces grands caractères sont comme la signature de la dégénérescence mentale.

Mais si, conformément à l'opinion soutenue par Parant et par Ball, on en vient à rattacher directement à la maladie de Parkinson ces délires, ces états vésaniques, l'ignorance, où nous sommes encore et des lésions propres à cette maladie et du mécanisme physiologique des symptômes qui la caractérisent, nous laisse dans l'incertitude la plus grande en ce qui concerne la pathogénie des troubles mentaux graves qui la compliquent quelquefois.

LIVRE VI

PSYCHOPATHIES ORGANIQUES

Par E. DUPRÉ

AVANT-PROPOS

Ce livre comprend, sous le titre général de Psychopathies organiques, la revue des troubles psychiques, qui, dans leur éclosion et leur développement paraissent, directement ou indirectement, liés à l'existence de lésions encéphaliques. Cette vaste étude embrasse, dans sa complexité, l'ensemble des rapports de la Psychiatrie et de la Pathologie de l'encéphale. Les lésions anatomiques d'un côté, les syndromes psychopathiques de l'autre, constituent déjà deux mondes de phénomènes dont nous n'avons qu'une bien imparfaite connaissance : aussi l'histoire des relations réciproques de ces deux catégories de faits représente-t-elle une étude pleine d'incertitudes et d'obscurités.

En effet, tandis que, dans d'autres domaines de la pathologie, dans l'étude des affections du foie, du rein, du poumon, il est, le plus souvent, possible de se rendre un compte, au moins approximatif, de la subordination réciproque et de l'enchaînement successif des phénomènes ; dans l'état actuel de nos connaissances psychiatriques, nous ne pouvons saisir, entre la nature des lésions cérébrales et celle des troubles psychiques, que des rapports indirects et inconstants ; et nous devons renoncer à l'espoir d'établir, entre la série anatomique des causes et la série clinique des effets, des relations pathogéniques invariables.

Les conceptions des grands processus morbides de la Médecine générale (asphyxie, asystolie, insuffisances hépatique, rénale, etc.), s'élèvent, comme des constructions, à la vérité toujours incomplètes, mais le plus souvent assez bien équilibrées, sur la triple assise des données concordantes de l'Étiologie, de l'Anatomie pathologique et de la Clinique. Sur ce même trépied fondamental repose actuellement la pathologie cérébrale commune, dont les grands syndromes (paralysies motrices, sensorielles ; épilepsies partielles, aphasies, etc.) ont une histoire anatomo-clinique assez précise, au moins dans ses grandes lignes.

Les premiers fondements d'une assiette aussi solide manquent encore à la Psychopathologie. En psychiatrie, en effet, la matière est, dans l'ordre étiologique d'une origine si vaste, si multiple, parfois si lointaine ; dans l'ordre anatomique, d'une nature si variée, si inconstante, si souvent fruste et insaisissable ; dans l'ordre clinique, d'une évolution souvent si longue, d'une expression si subtile, si protéiforme, si individuelle, que chaque cas considéré constitue un problème d'une complexité sans pareille.

Le clinicien qui a bien étudié les symptômes et la marche d'une maladie peut, en général, prédire exactement, et jusque dans le détail, les résultats de l'autopsie : à l'aliéniste, au contraire, la connaissance étiologique et clinique complète d'un cas de psychopathie organique, ne pourra souvent donner les éléments suffisants pour résoudre le problème anatomique et annoncer à l'avance le résultat de la nécropsie. De même, dans un cas donné, les renseignements étiologiques et anatomiques les plus précis ne permettront pas au psychiatre le plus consommé de reconstruire le tableau clinique. L'étude du cadavre n'évoque ici que bien imparfaitement l'histoire du malade, et l'examen le plus attentif des lésions cérébrales ne donne pas le secret des réactions psychopathologiques qu'elles ont provoquées.

Les raisons d'une telle obscurité, dans le procès anatomo-clinique des maladies de l'esprit, sont inhérentes à la question de l'origine et de la nature même des fonctions psychiques.

L'activité mentale doit être considérée comme le résultat complexe d'une série continue de réactions, entre des processus de plus en plus simples au fur et à mesure qu'on remonte vers leurs origines, et qui se réduisent en dernière analyse, eux-mêmes, à l'association d'énergies élémentaires empruntées aux sources primitives de l'activité cérébrale. Ces sources sont représentées, pour l'intelligence, par les réservoirs d'images, de complexus d'images (territoires sensoriels et sensitivo-moteurs) et de clichés verbaux symboliques (territoires du langage intérieur) ; pour les sentiments et la volonté, par le fonds organique des tendances individuelles, incessamment transmises de l'ensemble des viscères aux centres nerveux, dont elles règlent le ton affectif, mesurent l'énergie volontaire et orientent l'activité générale.

L'édifice psychique repose donc par sa base sur les territoires cénesthésiques, sensitivo-moteurs et sensoriels communs, où sont accumulés, comme les matières premières des fondations, les dépôts de la perception corticale de l'organisme et du monde extérieur. De ces premières assises concrètes, l'édifice s'élève progressivement, d'étage en étage, d'abord par l'apparition des centres sensoriels verbaux, dont l'activité symbolique simplifie, allège et accélère le travail de la pensée ; ensuite, par le perfectionnement de l'activité associative, qui opère sur des combinaisons de plus en plus complexes, tandis que, grâce au langage intérieur, cette algèbre des valeurs psychiques, ces combinaisons deviennent de plus en plus faciles à représenter, à conserver et à utiliser dans de nouvelles opérations mentales.

Enfin, grâce à une sélection qui s'opère spontanément, parmi les acquisitions psychiques, et qui aboutit au dépôt, dans les couches sous-conscientes,

des conquêtes définitives et des systèmes fixés, grâce à l'apparition de l'automatisme psychologique, l'esprit, constructeur infatigable, entreprend sur ces assises supérieures des édifications nouvelles, et s'élance ainsi jusqu'aux abstractions philosophiques, jusqu'aux plus hautes conceptions esthétiques et morales, jusqu'à ces manifestations supérieures de l'intelligence et du sentiment, qui représentent le véritable couronnement de l'évolution psychique.

On voit, par cette esquisse résumée du développement de la personnalité mentale, que l'édifice psychique représente bien, de sa base à son sommet, une œuvre continue et un système dont toutes les parties sont étroitement solidaires. Comme tous les monuments, l'édifice psychique ne doit son équilibre qu'à la stabilité de ses fondations, représentées par les principaux centres cérébraux, et son existence même qu'aux matériaux issus du sol sur lequel il repose. Ce sol, en l'espèce, c'est l'organisme, dont l'encéphale n'est que la représentation résumée, condensée et hiérarchisée.

Si donc, dans un schéma analogue à ceux par lesquels on figure l'appareil anatomique de la motricité, de la sensibilité, du langage, etc., on essaye de se représenter l'*appareil anatomique de la psychicité*, on s'aperçoit que celui-ci a pour base l'ensemble de toutes les zones d'activité de l'encéphale, qu'à tous les étages de sa construction entrent des éléments empruntés aux autres appareils de la physiologie cérébrale, et qu'il ne représente en définitive que l'association fonctionnelle de tous les appareils en activité.

De la fusion de ces énergies sensitivo-motrices, sensorielles et cénesthésiques, résultent des combinaisons d'images, de représentations et de tendances, qui s'organisent en états intellectuels, affectifs et moteurs de plus en plus complexes. De la réaction réciproque les uns sur les autres de ces produits déjà très élevés de l'activité cérébrale, résultent les idées, les sentiments et les actes; enfin, le langage, en substituant la notion symbolique à la représentation concrète des états psychiques, en facilitant la fixation, le jeu réciproque, l'échange et la combinaison des processus psychiques, en introduisant l'abstraction dans l'activité mentale, est intervenu au cours du développement psychogénique, à la fois comme le résultat d'une évolution mentale déjà très avancée et comme l'instrument nécessaire des progrès indéfinis de la pensée.

Il résulte de ces considérations que, les fonctions psychiques, représentant le produit complexe des activités de perception et d'association disséminées dans tout l'encéphale, ne peuvent reconnaître de localisations ni régionale, ni lobaire, et qu'elles possèdent par conséquent, dans l'écorce et ses dépendances, un substratum essentiellement diffus. L'appareil anatomique de la psychicité, comprenant dans sa composition tous les appareils fonctionnels de l'encéphale, est comme un orchestre, dont l'existence n'est faite que de l'association synergique de tous les instruments qui le composent.

Si l'analyse, en remontant ainsi aux origines de la psychicité, montre les innombrables et divers éléments dont elle est composée, la synthèse, en reconstruisant l'édifice à l'aide des mêmes matériaux, aboutit à la notion fondamentale de la nécessité de l'association de toutes les activités cérébrales dans l'édification de la personnalité mentale.

Ces associations s'effectuent à l'aide du riche appareil commissural, dont les fibres longues interhémisphériques, intrahémisphériques, interlobaires, et les fibres courtes intercorticales, permettent les communications réciproques et la synergie fonctionnelle de tous ces départements organiques. Disséminé à la surface et dans la profondeur de l'encéphale, cet appareil d'association relie entre eux les appareils de perception les plus éloignés les uns des autres, et assure ainsi l'unisson vibratoire et la solidarité dynamique de tout l'encéphale.

Tous ces territoires, corticaux et sous-corticaux de perception et d'association, sont intimement unis dans l'accomplissement de leur finalité commune : la sauvegarde permanente de l'organisme et de l'espèce. Si l'intégrité de tous est nécessaire à l'exercice parfait de l'activité psychique, toutes les régions de l'encéphale n'apportent pas, à l'œuvre de la psychogenèse, une part contributive égale. A cet égard, l'écorce grise représente certainement, pour des raisons inutiles à développer ici, le territoire psychique par excellence. Toute atteinte de l'écorce porte aux fonctions psychiques un préjudice en général proportionnel à l'étendue de la lésion. Dans l'écorce même, tous les territoires n'ont pas la même valeur psychogénique. Ce sont les lésions de l'écorce frontale et des zones corticales du langage qui portent à l'intelligence les atteintes les plus profondes : aussi les lésions corticales de l'hémisphère gauche portent-elles aux fonctions psychiques un préjudice en général plus grave que celles de l'hémisphère droit.

Après l'écorce, qui représente à la fois un colossal magasin de perceptions et un immense réseau d'association, les organes encéphaliques qui semblent le plus indispensables à l'intégrité de l'intelligence sont les lobes frontaux et le corps calleux : les lésions frontales, même non-corticales, et les lésions du corps calleux entraînent toujours des troubles psychiques, le plus souvent profonds. Sans entrer ici, pour les raisons données plus haut, dans la longue critique des doctrines relatives à l'importance psychologique comparée des différents territoires cérébraux; il semble que l'on peut inférer des faits expérimentaux, cliniques et anthropologiques, que le système anatomique constitué par les deux lobes frontaux et les fibres commissurales qui les réunissent dans le corps calleux, représente un double foyer, où, par la synthèse incessante des éléments de la perception objective et subjective, s'élabore et s'entretient la personnalité humaine.

Après ces régions (écorce grise en général, écorce frontale, écorce des zones du langage : lobe frontal, corps calleux) les lésions en foyer du lobe occipital et du lobe temporal, à cause des altérations de l'activité symbolique visuelle ou auditive; les lésions de la zone rolandique, du lobe pariétal par les perturbations du jugement stéréognostique, etc., déterminent des troubles psychiques variables, moins étendus, en général, que ceux qu'on observe dans les lésions des territoires précédents, mais constants et d'analyse souvent difficile.

Enfin les lésions des corps opto-striés, des capsules, des pédoncules et des régions sous-jacentes, lorsqu'elles sont petites et limitées, n'entraînent généralement pas de diminution intellectuelle durable sensible.

Ainsi l'anatomie pathologique, en démontrant que les lésions les plus variées comme siège peuvent altérer l'intelligence, que le déficit intellectuel est proportionnel à l'étendue de ces lésions, et enfin que la démence est toujours causée par des lésions diffuses, aboutit aux mêmes conclusions que les autres méthodes d'étude : multiplicité des centres cérébraux, correspondant à la pluralité des origines spécifiques de l'activité mentale ; impossibilité de localisation des fonctions psychiques.

L'inégalité du développement ontogénique des divers étages anatomo-physiologiques de l'encéphale est une des raisons qui, avec tant d'autres, expliquent pourquoi, comparée à l'anatomie neurologique proprement dite, l'anatomie psychologique soit si pauvre en documents et si incertaine dans ses conclusions.

Lorsqu'on s'élève, dans le domaine des fonctions cérébrales, des régions sensitivo-motrices et sensorielles à la sphère de l'activité psychique, on quitte un terrain solide et déjà presque familier, pour aborder un monde dont nous n'entrevoyons ni les limites, ni l'étendue, ni les lois fonctionnelles. A l'étude de tels problèmes, l'expérimentation animale est d'une application contestable et très limitée : la méthode anatomo-clinique apparaît elle-même comme un instrument trop grossier et manifestement insuffisant pour une œuvre analytique aussi subtile et aussi complexe. Les territoires cérébraux dévolus aux fonctions sensitivo-motrices et sensorielles sont, en raison même de leur ancienneté fonctionnelle, fixés et comme stéréotypés, dans le siège anatomique et les connexions physiologiques de leur activité. Aussi, la moindre lésion située sur le trajet préétabli de cette circulation fonctionnelle entraînera-t-elle des conséquences anatomo-cliniques proportionnelles, dans leur précision, leur intensité et leur durée, à l'ancienneté de la spécialisation fonctionnelle du territoire lésé. Si cette spécialisation est relativement récente, comme pour les zones du langage comparées aux zones de l'activité motrice ou sensorielle, les localisations sont déjà moins fixes et moins nettement arrêtées. Si l'on s'élève encore dans la hiérarchie des fonctions cérébrales supérieures, on aborde un ordre d'activité plus élevé, tardivement apparu dans l'évolution fonctionnelle du cerveau, et par conséquent d'organisation récente, celui des opérations psychiques les plus hautes et les plus complexes de la vie affective et intellectuelle.

L'ensemble de ces processus psychiques supérieurs s'élabore, suivant des lois d'association, de synthèse et de suppléance encore inconnues, dans un système fonctionnel sans doute instable, non encore fixé, à formule variable et presque individuelle : c'est sur un réseau en voie incessante de formation et de devenir que circulent et se combinent ces énergies cellulaires, dont le jeu continu représente notre activité psychique. A cette circulation diffuse et synthétique des courants supérieurs de l'activité cérébrale, ne peut correspondre le substratum anatomique nettement défini d'une zone corticale ou d'un département lobaire. La fonction est encore trop récente dans le temps pour s'être constitué un organe dans l'espace.

Ces considérations peuvent expliquer l'étonnante variété des réactions

psychiques individuelles devant les mêmes lésions cérébrales : la diversité capricieuse des suppléances qu'on observe, le paradoxe apparent de certaines restitutions fonctionnelles après d'énormes mutilations traumatiques du cerveau, ainsi que les démences secondaires, chez certains sujets, à des lésions relativement minimes de l'encéphale.

Dans une série d'études de haut intérêt, Grasset[1] a édifié un schéma de la hiérarchie des centres psychiques, distingués en *centres automatiques inférieurs* (polygone d'association des activités psychiques réflexes) et *centres supérieurs, volontaires et conscients,* (centre O, foyer de convergence des associations qui relient la base du polygone de l'automatisme à la personnalité mentale supérieure). L'éminent professeur de Montpellier distingue à ce propos l'activité *psychique* et l'activité *mentale :* la première comprend « tous les actes corticaux dans lesquels entre de la pensée, de l'intellectualité, du psychisme à un degré quelconque », et la seconde, de nature plus élevée, ne comprend que les phénomènes psychiques supérieurs. Tout ce qui est mental est psychique : tout ce qui est psychique n'est pas nécessairement mental.

Cette distinction de la hiérarchie des deux psychismes, qui appartient d'ailleurs au plan de physiopathologie générale du système nerveux de Grasset, a un intérêt doctrinal et pratique considérable pour l'analyse du mécanisme d'un grand nombre de faits, dans le domaine des psychonévroses. Mais l'étude de la pathologie mentale, et principalement celle des psychopathies organiques, démontre que le centre O, impossible à localiser anatomiquement, confond dans sa formation, non seulement le polygone du psychisme automatique, mais la série indéfinie des polygones sous-jacents de l'activité nerveuse générale, édifiés eux-mêmes sur les réseaux réflexes de l'activité viscérale, véritable base organique de la personnalité mentale.

Ce centre O, dans lequel Grasset localise le syndrome intellectuel et le territoire des maladies mentales, est en réalité le foyer de rencontre et de fusion dans tout l'encéphale, de toutes les formes de notre activité nerveuse : ce centre doit donc être assimilé à un cercle ayant pour circonférence les limites mêmes de l'organisme. A ce titre, les maladies mentales, qui représentent toutes les perturbations intellectuelles, affectives, morales, volontaires, de l'organisme, apparaissent bien comme des maladies de la personnalité, c'est-à-dire non pas comme des syndromes localisables, mais comme des affections essentiellement diffuses.

Ainsi, au seuil même de cette étude des Psychopathies organiques, se dégage déjà de ces considérations anatomo-cliniques, psychologiques et ontogéniques, la conclusion générale suivante, qui trouvera dans chacun des chapitres ultérieurs son commentaire et sa démonstration.

La psychicité, produit de synthèse, naît de l'association synergique d'activités cérébrales, d'ailleurs inégales, mais multiples : chacune de ces compo-

[1] J. Grasset. Leçons de clinique médicale, IIIe série. Montpellier, 1898. Congrès de Grenoble, 1902. Les maladies de l'orientation et de l'équilibre. Paris, 1901. Anatomie clinique des centres nerveux. Paris, 1900.

santes est indispensable à l'intégrité de la résultante. Toute atteinte à l'un des éléments originels de ce complexus trouble et diminue l'activité psychique, dans une mesure proportionnelle à l'étendue de la lésion et à l'importance du centre lésé. Comme la lumière blanche dans le spectre, comme la symphonie dans un orchestre, l'intelligence dans l'encéphale, a ses origines et son siège partout, son centre nulle part.

CHAPITRE PREMIER

PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE

DÉFINITION ET HISTORIQUE

Bibliographie. — Consulter : Ach. Foville fils. Art. Paralysie générale : *Dictionnaire de Jaccoud* 1878. — Christian et Ritti. Art. Paralysie générale : *Dictionnaire de Dechambre* 1880. — Ballet et Blocq. Art. Paralysie générale. *Traité de médecine Charcot-Bouchard* 1900. — Martial Vignaud. Historique de la paralysie générale. — *Th. Paris* 1902. — Éloge de Baillarger, lu à l'*Académie de médecine,* le 23 décembre 1902, par Magnan.

La définition de la paralysie générale est, de toute l'histoire de cette affection, le point le plus difficile à établir, en une formule claire et complète. Il s'agit, en effet, d'un *complexus anatomo-clinique,* dont le dessin général semble assez bien déterminé ; mais dont l'*étiologie* n'est pas univoque ; dont la *clinique,* dans son expression symptomatique, dans son évolution, dans sa durée, est variable ; dont les *lésions,* diffuses et multiples, sont caractéristiques plutôt dans leur groupement et leur progression, que dans leur nature ; enfin, dont les *relations* sont étroites aux points de vue étiologique, anatomique et clinique, avec d'autres encéphalo-myélopathies. Ces raisons expliquent : les discussions entre unicistes (Bayle, Parchappe, Falret, Lasègue) et dualistes (Esquirol, Georget, Baillarger) ; la distinction entre la paralysie générale et les pseudo-paralysies générales (Delasiauve, Aubanel et Sauze, Fournier); la description des paralysies générales (Klippel) ; les interprétations nosologiques variées des rapports de la paralysie générale avec le tabes ; enfin, la difficulté que l'on éprouve, après l'analyse, à rassembler dans la formule synthétique d'une définition, les éléments si riches et si variés qui composent l'entité morbide de la paralysie générale.

Sous ce terme, on entend, non pas une maladie, mais une *affection à évolution lente, progressive et fatale* qui survient sous des *influences pathogènes, prolongées et généralement combinées*, parmi lesquelles la *syphilis ancienne*, l'*alcoolisme* et le *surmenage fonctionnel* d'un cerveau d'ailleurs *prédisposé,* sont les plus importantes; qui se traduit par le développement progressif de *troubles démentiels constants,* l'apparition contingente, mais fréquente, de *troubles délirants*, expansifs ou dépressifs, et des *désordres ataxiques et paralytiques de la motricité* (ophthalmoplégie interne, dysarthrie, tremble-

ment) : syndrome déterminé par des *lésions diffuses*, qui intéressent tout le système nerveux, mais surtout l'*écorce cérébrale*, dans la totalité de ses éléments constitutifs et qui aboutissent à la *désintégration et à la ruine du système anatomo-physiologique du névraxe.*

Par une sorte d'intuition qui n'est pas rare dans l'histoire des vicissitudes de la terminologie, le vieux langage médical a trouvé du premier coup dans le vocable, en apparence si vague et si impropre, de *paralysie générale,* le terme le plus convenable pour désigner, en deux mots, cette vaste et complexe affection. Ce terme de « paralysie générale » ne mérite point les critiques qu'on lui adresse : sa stricte signification étymologique (παραλυσις, *dissolutio*) s'applique à la caractéristique même de la maladie, qui consiste dans un affaiblissement, puis un relâchement, enfin une *dissolution générale* du réseau nerveux, dans une désintégration diffuse de l'architectonique corticale. On doit donc, non seulement au nom de la tradition et de l'usage, mais aussi au nom de l'histopathologie moderne, conserver cette dénomination de « *paralysie générale progressive* » que proposèrent jadis, au nom de la clinique, Requin, Lunier et Sandras. Le nom de *paralysie générale des aliénés* doit être rejeté : c'est une dénomination d'ordre historique, que rien ne saurait plus justifier actuellement. Les aliénistes ont découvert et étudié, chez les aliénés soumis à leur observation, la paralysie générale ; mais celle-ci, loin d'être l'apanage des aliénés, frappe au contraire ceux qui ne le sont pas, et respecte presque toujours les aliénés vésaniques ; de plus, les paralytiques généraux deviennent toujours des déments, mais souvent sans délire et par conséquent sans être des aliénés, au sens ordinaire de ce terme.

La liste des noms proposés par les aliénistes pour la paralysie générale est utile à parcourir pour entrevoir, au travers, l'évolution des idées chez les auteurs :

Paralysie musculaire chronique (Georget, 1820).

Arachnitis et méningite chronique (Bayle, 1822).

Paralysie générale incomplète (Delaye, 1824).

Paralysie générale des aliénés, ou périencéphalo-méningite chronique diffuse (Calmeil, 1821-1841).

Folie paralytique (Parchappe, 1834-1838, J. Falret, 1853).

Démence paralytique (Baillarger, 1890). Dementia paralytica (Krafft-Ebing, Kræpelin, 1900).

Ataxie psycho-motrice (Lunier, 1850).

Encéphalite chronique interstitielle diffuse (Magnan, 1867).

Paralysie générale progressive (Requin, Lunier, Sandras, Lasègue ; et les auteurs modernes : Magnan, Joffroy, Ballet, Garnier, Schüle, Mendel, etc.).

On peut, à l'exemple de G. Ballet et P. Blocq, diviser l'évolution historique de la paralysie générale en quatre périodes : une période *clinique et nosographique,* où les auteurs entrevoient, puis discutent et isolent par l'observation clinique, le type nosologique de la maladie (Esquirol, Georget, Bayle, Calmeil, Parchappe, Lasègue, J. Falret, Baillarger) ; une période *ana-*

tomique, où les auteurs s'efforcent de préciser la nature, le siège et l'évolution des lésions paralytiques (Rokitansky, Magnan, Westphall, Mierzejewski, Mendel, Krichton-Brown, Tuczek, Zacher, Bonnet, Poincarré, Joffroy, Raymond, Binswanger, G. Ballet, Klippel, etc.); une période *étiologique,* où les auteurs s'attachent à élucider, par la statistique et la discussion des analogies, les causes de la paralysie générale (Esmark, Jessen, Fournier, Banninger, Régis, Christian, Ritti, Vallon, etc.); enfin, une période *pathogénique* actuelle, dans laquelle on cherche, à la lumière des notions étiologiques et anatomiques accumulées par tous ces travaux, à déterminer le mécanisme du processus anatomo-clinique, en élucidant les rapports qui relient les symptômes aux lésions, et les lésions aux causes.

A Bayle revient l'honneur d'avoir, le premier, dégagé du chaos des psychoses, le type clinique de la paralysie générale progressive. Dans sa thèse sur l'*Arachnitis chronique* (1822), et dans son *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes* (1826), il établit l'autonomie de la maladie et réalise ainsi, suivant les paroles de Baillarger, le plus grand progrès que l'on ait à signaler dans l'histoire des maladies mentales.

Esquirol et Georget avaient, avant Bayle, entrevu certains symptômes moteurs de l'affection, mais ne les avaient considérés que comme des complications survenant au cours de différentes vésanies. Avec les travaux de Calmeil, Parchappe, Falret, Lasègue, le tableau clinique se complète dans son dessin, se précise dans ses contours. L'entité morbide, avec ses signes psychiques et moteurs, avec son évolution progressive et fatale, apparaît nettement dans une conception unitaire, qui semble définitive; lorsque Baillarger, au nom de l'analyse clinique, isole les symptômes délirants, sous le nom de *folie paralytique,* des symptômes démentiels, sous le nom de *démence paralytique;* et distingue alors, dans la paralysie générale, deux affections indépendantes, qui peuvent ou coexister ou évoluer séparément, la *folie* pouvant se compliquer ou se terminer par la *démence,* et la *démence* pouvant fort bien apparaître et progresser sans la *folie*[1]. Ce dualisme, qui ne reposait que sur l'apparence et non sur la réalité des rapports des phénomènes cliniques, ne fut point consacré par l'observation. On ne doit le rappeler dans l'évolution historique de la paralysie générale, que comme une doctrine, fondée sur l'observation juste mais incomplète des faits, et comme une interprétation analytique des symptômes, dont l'intérêt apparaîtra au chapitre clinique.

Bayle[2] et Calmeil[3] avaient décrit les grosses lésions méningo-corticales caractéristiques de la maladie. De 1850 à l'époque contemporaine, furent entreprises, sur le siège et la nature des lésions, par les auteurs que j'ai cités plus haut, des recherches de grand intérêt, à la suite desquelles on considéra

[1] Consulter les nombreux travaux de Baillarger, sur la clinique de la paralysie générale, dans les *Bulletins de la Société médico-psychologique de Paris,* de 1850 à 1879) et l *Appendice au Traité des maladies mentales* de Griesinger (1869), sur les symptômes de la paralysie générale, écrit par Baillarger.

[2] Bayle. *lôç. cit.*

[3] Calmeil. — *Des maladies inflammatoires du cerveau.* Paris, 1859.

la maladie, d'abord comme une méningite cérébrale chronique, de nature primitive ; puis de nature secondaire, consécutive à des lésions vasculaires d'origine sympathique cervicale ; ensuite, comme une inflammation intéressant la substance blanche d'abord, puis la substance grise du cerveau ; enfin, comme un ensemble de lésions diffuses, étendues à la totalité du système nerveux, central et périphérique, mais prédominant au niveau de l'écorce cérébrale.

Plus près de nous, l'étude étiologique et pathogénique de la maladie a suscité de nombreux travaux, desquels ressortent les notions du rôle étiologique prépondérant, mais tardif et indirect, de la syphilis et de la nature probablement toxique des lésions. La question du siège initial des altérations histologiques et de la nature primitivement interstitielle ou parenchymateuse du processus anatomique a fait l'objet de discussions intéressantes. L'apport des techniques histochimiques nouvelles a contribué à éclairer le siège et le caractère intime des lésions initiales, a permis d'essayer de rapporter la nature des symptômes à celle des lésions, et de tenter des interprétations pathogéniques intéressantes.

Enfin, au terme de ce résumé historique de la paralysie générale, mérite de figurer, à cause de son intérêt théorique et de son utilité pratique, la méthode du *cytodiagnostic céphalo-rachidien*, due à F. WIDAL et à ses élèves.

ÉTUDE CLINIQUE

Bibliographie. — Consulter : CHRISTIAN et RITTI. Art. Paralysie générale (*Dictionnaire Dechambre*) SCHÜLE, Art. Paralysie générale (*Traité des maladies mentales*), Traduct. franç. de Dagonet et Duhamel, 1888). Lire surtout le chapitre : Analyse des symptômes. — KRAFFT-EBING. Art. Démence paralytique (*Traité clinique de Psychiatrie*. Trad. franç. de E. Laurent, 1897). Lire le chapitre : Tableau d'ensemble et marche de la maladie. — BALLET et BLOCQ. Art. Paralysie générale progressive (*Traité de médecine Charcot-Bouchard*, 2e édition) — MAGNAN et SÉRIEUX. La paralysie générale (1 vol. de la *collection Léauté*. Paris, 1898). — KRŒPELIN. Art Dementia paralytica *Psychiatrie. Lehrbuch für Aerzte und Studirende*, 2e volume, 6e édition, 1900). Lire les 30 premières pages : Allgemeine Krankheitszeichen. — HUET, dans le troisième vol. du *Manuel Debove-Achard*, RÉGIS, CULLERRE, dans leurs manuels, ont écrit de bons résumés du tableau clinique de la maladie. — RAYMOND et SÉRIEUX. Article : Paralysie générale du t. VIII du *Traité de Brouardel-Gilbert*. — KÉVAVAL. — *La pratique de la médecine mentale*, Paris, 1901. — TH. ZIEHEN. *Psychiatrie*. Leipzig, 1902. — J. ROGUES DE FURSAC. *Manuel de Psychiatrie*. Paris, 1903.

Résumé de l'évolution clinique. — Avant d'exposer le détail des symptômes, je crois utile de tracer un tableau sommaire de l'évolution générale de la maladie.

L'affection a toujours un *début* lent et insidieux. Lorsqu'un ictus, apoplectique [1] ou épileptique, apparaît comme symptôme précoce, ce n'est jamais un

[1] L'apoplexie et l'épilepsie étant, non pas des maladies, mais des syndromes, je ne vois pas la nécessité d'appeler *apoplectiformes* et *épileptiformes* les ictus de nature apoplectique

phénomène de début qu'en apparence ; et l'anamnèse permet facilement au médecin de retrouver les éléments d'une période prodromique dont l'insidieuse évolution avait échappé à l'entourage. Cette *période prodromique*, dont la durée, toujours longue, peut varier de quelques mois à quelques années, se marque par des troubles généralisés et progressifs dans les sphères psychique et motrice. La plupart de ces troubles ne sont d'abord que des nuances, peu perceptibles, que le médecin ne remarque qu'à une observation attentive, et lorsque ses soupçons ont été éveillés par quelque indice inquiétant. L'ensemble de ces symptômes dénote, dès le début, une « déchéance généralisée de tout l'être sentant, pensant et voulant » (Magnan et Sérieux). Il y a une diminution, plus ou moins marquée, mais générale, de l'activité fonctionnelle dans toute la sphère psychique : les facultés intellectuelles baissent, les facultés morales et affectives s'oblitèrent et se pervertissent, les facultés volontaires et le pouvoir d'inhibition s'affaiblissent. Du côté de la motricité, s'observe, à ce moment, une incoordination légère, intermittente, inégale, mais générale et progressive, appréciable seulement dans les mouvements d'exécution délicate et difficile (élocution rapide ou prolongée de mots complexes ; écriture, fins travaux manuels, etc.).

L'association de cet amoindrissement psychique et de cette légère incoordination musculaire caractérise le *début* de l'affection. Comme ces troubles sont progressifs, et qu'ils sont, quoique généralisés, inégalement marqués, quelques-uns d'entre eux ne tardent guère à constituer, par leur exagération, des symptômes prédominants, nets, et à inaugurer ainsi le début de la période d'état de la maladie.

Cette *période d'état* se caractérise par l'exagération des troubles précédents : à la légère incoordination motrice, appréciable seulement dans les actes délicats, succède et s'ajoute le tremblement, l'ataxie et la parésie psychomotrices, les troubles dysarthriques. La sphère psychique s'obnubile de plus en plus : l'amnésie s'étend des faits actuels ou récents aux faits anciens ; l'incoordination des idées s'accentue ; le caractère se modifie complètement ; les qualités affectives, le sens moral, déjà émoussés, disparaissent : l'indifférence et l'apathie s'exagèrent, l'individualité psychique tout entière se dissocie et se désorganise. Cependant, apparaissent et se cultivent, sur ce fonds démentiel, des idées délirantes variées, d'ordre expansif ou dépressif, ambitieuses et mégalomaniaques, ou mélancoliques et hypochondriaques, toutes marquées au sceau de la démence, c'est-à-dire absurdes, illogiques, incohérentes, contradictoires, asystématiques : la même anarchie mentale préside aux actes des malades, dont la conduite suffit souvent à caractériser l'affection. Cette période, qui dure plusieurs années, est traversée par bien des incidents, d'ordre divers, qui donnent à chaque cas particulier sa physionomie spéciale, et autorisent la description des différentes formes de la paralysie générale. Parmi ces incidents, quelques-uns peuvent, par leur soudaine appa-

ou épileptique qui accidentent le cours de la paralysie générale. Le syndrome apoplexie ne peut ressembler qu'à lui-même, quelle que soit sa cause étiologique et son allure clinique.

rition, précipiter l'évolution morbide et brusquer le dénouement (ictus, complications viscérales, etc.). En dehors de ces éventualités, la maladie s'achève en une *période terminale*, caractérisée par la ruine totale de l'intelligence, la démence complète, l'incapacité musculaire presque absolue du malade immobilisé au lit, la persistance de la seule vie végétative bulbo-médullaire, le gâtisme, le marasme et la mort.

La succession de ces trois périodes fait de la paralysie générale progressive, une maladie chronique, très lente, à évolution irrégulière, soit accélérée par des accidents soudains et graves, soit retardée par des rémissions prolongées, et qui, en dehors de cas exceptionnels et discutables, aboutit en quelques années à une terminaison fatale.

SYMPTOMES

Lasègue a dit : « Dans la paralysie générale, les troubles sont progressivement croissants, sans pourtant changer de forme. »

En effet, les grands signes de la maladie sont déjà esquissés dans la période prodromique, et c'est plutôt par leur exagération que par leur transformation que se marque le progrès de l'évolution morbide. Aussi, dès le début de cette insidieuse et longue évolution, est-il possible, par l'analyse minutieuse des prodromes, de reconnaître l'existence de l'affection.

Comme ce sont les fonctions les plus hautes et les plus délicates des sphères psychique et motrice qui sont atteintes les premières, le début de la maladie se marque d'autant plus tôt et plus nettement, que le sujet occupe un rang intellectuel ou professionnel plus élevé, et que l'entourage est plus expert à saisir les premiers indices révélateurs de l'atteinte portée aux fonctions cérébrales. A cet égard, on conçoit la différence qui sépare le manouvrier, dont la grossière cérébration n'a pour témoin que celle de ses pairs, de l'artiste ou du savant, dont la délicate et complexe mentalité ne peut déchoir sans éveiller l'attention critique de l'entourage.

D'un autre côté, la paralysie générale atteint souvent des cerveaux ou mal équilibrés ou depuis longtemps exposés au surmenage, à l'alcoolisme ; et qui peuvent, du fait de ces tares congénitales ou acquises, avoir présenté, depuis quelques années, des troubles dans les idées et les actes. Ce dérangement fonctionnel doit-il être imputé au dossier anamnestique des antécédents ou au début positif de l'évolution paralytique ? La question demeure parfois insoluble.

Dans d'autres cas, on note, longtemps avant l'apparition des signes essentiels de la paralysie générale, l'existence de troubles médullaires ou nerveux périphériques, dont la nature et la signification s'éclairent plus tard, par l'apparition du syndrome paralytique. Toutes ces éventualités rendent bien difficile l'estimation précise du début de l'affection.

Période de début. — Elle est nettement constituée lorsque l'on constate chez le malade l'association de troubles *psychiques* et *somatiques* essentiels,

c'est-à-dire appartenant à la série paralytique. Les plus importants sont, parmi les premiers : la dépression psychique, l'amnésie, avec ses conséquences si variées et si saisissantes dans la conduite du malade, les modifications du caractère, les actes déréglés, les décisions extravagantes, en désaccord avec le passé moral et intellectuel du malade; parmi les seconds : les différents degrés de l'ophtalmoplégie interne, les troubles dysarthriques, les altérations de l'écriture, les ictus.

A. **Symptômes psychiques**.— Les symptômes sont de deux ordres : les uns, constants, essentiels, caractéristiques, sont d'*ordre démentiel*, et consistent en un *affaiblissement psychique généralisé et progressif ;* les autres, inconstants, accessoires, épisodiques, intéressants d'ailleurs par leur fréquence, leur variété et leurs caractères, sont d'*ordre délirant*, et consistent dans l'apparition d'états maniaques ou mélancoliques, de conceptions ambitieuses ou hypochondriaques, parfois d'idées mystiques, érotiques, de persécution, beaucoup plus rarement encore d'hallucinations. Mais les délires de la paralysie générale tirent leur grand caractère, non pas de leur forme ou de leur expression, mais du fond démentiel sur lequel ils apparaissent, et qui leur communique un cachet de débilité, de mobilité et de fragilité, absolument pathognomonique.

Le signe psychique capital de la paralysie générale est donc la *Démence*. Celle-ci doit être recherchée dès le début de l'affection : précoce, générale, mais lentement et irrégulièrement progressive, elle est plus facile à dépister chez les malades de haute culture, dont la déchéance intellectuelle ne tarde guère à être remarquée. Parfois d'ailleurs, le malade se rend compte lui-même de son affaiblissement psychique : il accuse de la diminution de la mémoire, de la difficulté à fixer l'attention, à soutenir le travail de tête, etc. Il résulte des recherches de Marandon de Montyel[1], que, à la période de début, environ les deux tiers des malades conservent la conscience de certains de leurs accidents; qu'à la période d'état, cette conscience, d'ailleurs partielle, ne se retrouve plus que chez 12 pour 100 des malades et qu'elle est entièrement abolie à la troisième période. Les états de conscience se constatent fréquemment dans la forme expansive, chez les sujets jeunes, et paraissent indépendants de l'intensité des troubles morbides. Un point fort important est le suivant : *la conscience des troubles est sans retentissement sur l'émotivité :* le malade se rend compte de la déchéance de certaines de ses facultés, sans s'en affecter, sans s'en inquiéter : l'indifférence et l'apathie morales dominent l'état affectif. D'ailleurs, lorsqu'elle existe, cette sorte de conscience de la situation morbide est passagère : elle ne dure pas et c'est au médecin à rechercher, par l'interrogatoire du malade et de l'entourage, les stigmates caractéristiques : car *le malade devient un tout autre personnage sans s'en apercevoir* (Schüle) on pourrait ajouter : et *surtout sans s'en émouvoir*. On constate à ce moment

[1] Marandon de Montyel. — Des états conscients étudiés chez les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale confirmée (*Gazette hebdomadaire*, juin et août 1899).

des troubles de la mémoire, qui devient paresseuse et lacunaire ; de l'affaiblissement des facultés d'attention, d'observation, de réflexion et de critique, par conséquent, du jugement et de l'intelligence en général : de la diminution du pouvoir d'inhibition volontaire, l'oblitération du sens moral, la perversion du caractère et des goûts : il en résulte des actes souvent immoraux, indélicats ou délictueux, parfois violents, toujours non motivés, inconséquents et en opposition flagrante avec la conduite antérieure du malade. Celui-ci change de caractère, d'habitudes, parfois d'occupations, de genre de vie, de sympathies et d'antipathies, de fréquentations, etc. Ces inversions dans l'activité morale et affective des paralytiques généraux à la période prodromique ont été signalées et heureusement mises en lumière par Brierre de Boismont, Lasègue, A. Voisin, Moreau.

Au milieu de l'ensemble de ces manifestations de l'affaiblissement intellectuel et du changement de la personnalité morale des malades, le symptôme psychique capital de la paralysie générale, capital par sa précocité, sa constance, sa continuité, son caractère presque pathognomonique, c'est la *diminution et la disparition de l'autocritique* : c'est-à-dire la perte du jugement de soi-même, du contrôle personnel, de la critique de ses actes et de sa conduite. Spontanément et de lui-même, le paralytique général ne remarque pas le profond changement de sa personnalité, ni l'abaissement de son intelligence. Mis en présence des symptômes les plus évidents de sa déchéance psychique, de son amnésie, des preuves les plus objectives de ses troubles moteurs, des imperfections de son langage, etc., le paralytique ne s'y arrête pas, ne s'en émeut pas, n'y prête aucune attention, ou les constate en plaisantant, en donnant les explications les plus niaises et les plus puériles. Alors même qu'il semble s'affecter, une minute après, il n'y pense plus et rit de bon cœur de ce qui devrait le plus l'inquiéter.

Les manifestations initiales de l'affaiblissement psychique, qui ne constituent, au début, que des nuances cliniques, sont souvent masquées par les *modifications du ton affectif*, qui dominent la scène de la période prodromique de la maladie. Le paralytique, au début, est général excité ou déprimé. De là, deux variétés d'expression clinique des troubles intellectuels : la variété éréthique, expansive, et la variété dépressive, mélancolique. Le malade est toujours un dément progressif au début ; mais cet amoindrissement psychique se traduit sur un ton différent, sur un mode expressif opposé. Parfois, l'appauvrissement des facultés existe seul, sans excitation ni dépression : dans d'autres cas, on observe la succession ou l'alternance des périodes d'excitation et de dépression ; enfin, on peut constater, sur le même malade, l'association de symptômes d'excitation et de dépression, qui trahit bien la mobilité des variations du ton affectif chez les paralytiques généraux. Si l'on ajoute à ces variations prodromiques de la maladie, celle où le début de l'évolution pathologique se marque par des signes de la série tabétique, révélant des lésions de myélite postérieure, ou des signes de sclérose antéro-latérale, et celle où il se révèle par des ictus d'épilepsie convulsive, sensitive, ou larvée ; on voit qu'on peut distinguer bien des formes de début de la paralysie

générale, classées par les auteurs sous les rubriques de : *Formes démentielle simple, expansive, dépressive, alternante, mixte, spinale, épileptique.*

Chacune de ces formes comprend elle-même *plusieurs variétés* : ainsi la forme démentielle simple, qui peut évoluer avec ou sans délire, est surtout caractérisée par l'absence de toute excitation ou dépression, et la nature accessoire et effacée du délire. La forme expansive peut revêtir tous les caractères, depuis la simple exaltation intellectuelle, jusqu'à l'accès maniaque suraigu, en passant par toute la gamme des idées de satisfaction et de grandeur. La forme dépressive va de la tristesse vague à l'état mélancolique caractérisé, et des simples préoccupations au délire hypochondriaque. La forme alternante peut se composer de la succession d'accès très courts ou au contraire assez prolongés. La forme spinale peut affecter la variété tabétique initiale ou spasmodique tardive; ou, plus rarement, les variétés amyotrophique, bulbaire, ou névritique, etc.

Toutes les variétés cliniques du début de la paralysie générale résultent ainsi, au point de vue psychique, de l'association de la démence et de ces états d'excitation ou de dépression, avec ou sans délire.

Si l'excitation domine, le malade présente des signes d'exaltation intellectuelle et motrice : un besoin constant de locomotion et d'activité, qu'il dépense en projets, en paroles, en démarches, en excès génitaux ou alcooliques, etc. L'excitation ne porte pas que sur les sphères intellectuelle et motrice, elle porte aussi et surtout sur les sphères cénesthésique et affective : il en résulte un sentiment de contentement intérieur, d'intime euphorie, de satisfaction personnelle, à projection centrifuge, d'optimisme diffus, qui se manifeste dans les allures et le langage des paralytiques généraux et les pousse de l'idée à l'acte, sans critique ni réflexion.

Et, en effet, sous l'influence combinée de cette excitation générale et de l'affaiblissement démentiel des facultés intellectuelles, morales et volontaires, le malade commet des actes extravagants, souvent délictueux, qui détonent avec la personnalité morale antérieure du sujet, et portent bien en eux-mêmes le double cachet de l'excitation pathologique et de la déchéance démentielle de leur auteur : actes obscènes (exhibitionnisme, attentats à la pudeur[1]). achats démesurés d'objets inutiles, vols naïfs et maladroits aux étalages, commandes colossales aux fournisseurs, spéculations financières énormes et risquées, etc. A ce moment, existe aussi assez souvent une appétence morbide pour les boissons alcooliques, qui ajoute au début de la maladie, dans cet appoint éthylique ou absinthique, un facteur non négligeable dans l'appréciation de l'origine et de la nature des accidents.

La fréquence et la nature des actes commis, au début de leur affection, par les paralytiques généraux, a valu à cette période le nom de *période médico-légale* de la maladie (Legrand du Saulle). Très souvent, en effet, le

[1] Thoinot. — Voir les faits relatifs à la paralysie générale dans *Attentats aux mœurs et perversions du sens génital.* Leçons de la Faculté de médecine de Paris, 1898. — V. Krafft-Ebing. — Médecine légale des aliénés. Traductions et annotations de Rémond, de Toulouse, 1900.

paralytique général au début, qui bien avant de délirer par paroles, délire par ses actes (P. Garnier), est arrêté, passe en justice et de là en prison[1]. On conçoit combien il importe au médecin légiste de connaître les éléments du diagnostic précoce de la paralysie générale, afin d'établir et de motiver l'irresponsabilité du malade délinquant (Voy. *Médecine légale,* Vallon). Les magistrats instructeurs devraient savoir qu'il faut soupçonner la paralysie générale, chaque fois qu'ils se trouvent en présence d'un inculpé resté honnête jusqu'à l'âge mûr, dont le délit présente un caractère plus ou moins absurde et enfantin, qui reste indifférent à sa situation, et présente de l'amnésie (M. Maxwell).

Toute une série d'actes, appartenant à la même période, décèlent chez le malade l'amnésie et l'affaiblissement du sens moral : c'est la négligence dans sa tenue, l'omission de certains détails dans la toilette, le port de marques décoratives d'une variété puérile, une discordance choquante dans les différentes parties de l'habitus, de la mise, etc. La mémoire des faits récents diminue : aussi le malade commet-il des oublis fréquents dans la vie journalière, des erreurs dans ses calculs : les écrits présentent, dans les lettres, puis les syllabes, enfin dans les mots entiers, des lacunes, des répétitions. « Avant que l'intelligence paraisse sérieusement atteinte, c'est la personnalité morale qui se transforme et s'altère » (P. Garnier[2]). L'équilibre moral est rompu, les goûts, les penchants, les mœurs subissent un changement profond. « Tel qui était cité pour ses habitudes d'ordre, sa ponctualité, et la régularité parfaite de son existence, se néglige, devient insouciant, oublieux, et s'abandonne à des écarts qui jurent avec sa vie passée. Tel autre, qui avait toujours fait preuve de prudente réserve dans ses propos, se montre loquace, irréfléchi, paradoxal, téméraire dans son langage. Cet autre enfin, jusque-là économe de ses deniers, avare plutôt que prodigue, dépense tout à coup sans compter » (P. Garnier).

A cette période, l'excitation cérébrale, chez certains malades, peut, par l'exaltation momentanée de l'activité psychique, masquer les débuts de l'affaiblissement réel des facultés mentales, et revêtir, pour l'entourage incompétent, les trompeuses apparences d'un heureux réveil de l'activité intellectuelle, simuler la révélation d'aptitudes nouvelles, de qualités latentes. L'intelligence jette parfois alors un éclat que rien n'aurait pu faire soupçon-

[1] Brierre de Boismont. — Études médico-légales sur la perversion des facultés morales et affectives dans la période prodromique de la paralysie générale (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale,* 2e série, t. XIV). — Ach. Foville. — Contribution à l'étude médico-légale de la paralysie générale (*Id.,* t. XLVII). — Vibert. — Précis de médecine légale. 3e édition. — Lasègue, J. Falret, Legrand du Saulle, *loc. cit.* — Lire à ce sujet les deux thèses de : F. Pactet. Aliénés méconnus et condamnés par les tribunaux. Th. de Paris, 1891. (28 observ. de paralytiques généraux condamnés pour divers délits (vols, faux, attentats, etc.) — E. Thibaud. — Les Aliénés devant la justice. Th. de Paris, 1896. Travail contenant les statistiques de Magnan et de Garnier, relatives au même sujet. — F. Pactet et Colin. — Les aliénés en prison, et les aliénés devant les tribunaux. 2 volumes de la collection Léauté. Paris 1902. — M. Maxwell. — La paralysie générale au début devant la justice (*Congrès de Grenoble*, 1902).

[2] P. Garnier. — La folie à Paris. Paris, 1890.

ner auparavant (Moreau). On peut noter « l'invention de procédés nouveaux, de combinaisons nouvelles, dont les malades n'auraient pas été capables avant leur maladie. » Et parfois ces paralytiques prodromiques, déjà oblitérés dans leur sens moral, mettent leur suractivité intellectuelle au service de l'accomplissement de certains actes délictueux, comme la rédaction de faux en écritures, par exemple. En pareil cas, l'irresponsabilité du délinquant n'est établie qu'après la condamnation, sur un diagnostic rétrospectif, imposé par l'apparition des accidents pathognomoniques de la maladie en évolution. On conçoit l'intérêt médico-légal de tels faits[1].

Il existe donc, à la période prodromique de la maladie, une sorte de *dynamie fonctionnelle,* sur laquelle a insisté Régis[2], de brève durée d'ailleurs, et au cours de laquelle un examen complet du malade montre toujours une atteinte, sinon de l'intelligence, au moins du sens moral, ou du sens affectif, du caractère ou de la mémoire, ou enfin des appétits génitaux ou alcooliques : toute modification profonde et soudaine de la mentalité d'un adulte, fût-elle même heureuse dans ses apparences, est pathologique et doit éveiller le soupçon de paralysie générale.

Pailhas[3] (d'Albi) a cité l'instructif exemple d'un début de paralysie générale marqué par l'amélioration des tendances et du caractère, chez un ouvrier de 55 ans, qui inaugura son entrée dans la maladie par une métamorphose heureuse et complète de sa personnalité morale. Le secret de cette transformation du caractère fut donné quelques mois après par les progrès de l'évolution paralytique. Cet exemple et les cas analogues ne sont que le commentaire de l'aphorisme de Schüle : le malade devient un tout autre personnage, sans s'en apercevoir. Presque toujours alors, le mouvement psychique, augmenté dans sa quantité et sa variété, est diminué dans sa profondeur, dévié et éparpillé dans sa direction. Il en résulte une dépense psychique superficielle, incoordonnée, sans système et sans suite; et, en dépit des exemples que Lasègue[4] a cités, de la réussite des transactions les plus téméraires opérées par certains malades au début, on peut dire, avec P. Garnier, que, dans son agitation, le paralytique général est un *brouillon,* qui n'aboutit pas à grand'chose.

Dans des cas d'allure complètement opposée, le début de la paralysie générale n'est marqué par aucun phénomène d'excitation, et c'est la forme dépressive qu'on observe. Le malade devient triste et d'humeur sombre. Abattu, taciturne, il tombe dans la dépression mélancolique et tout, dans le caractère, les tendances, les actes, la mimique, le langage, reflète l'abaissement du ton affectif. Souvent le malade verse dans le délire hypochondriaque : il accuse des douleurs de siège varié, de mobilité extrême, de nature bizarre,

[1] Parant. — De la suractivité intellectuelle sans délire ni démence dans la période prodromique de la paralysie générale (*Ann. méd. psycholog.* 1887).

[2] Régis. — De la dynamie fonctionnelle au début de la paralysie générale (*Ann. méd. psychol.*, 1879).

[3] B. Pailhas (d'Albi). — XI[e] congrès des aliénistes, session de Limoges, 1901.

[4] Lasègue. — Études médicales, 1884.

de caractère extraordinaire. La combinaison de la dépression cérébro-spinale, de ces douleurs et de ces préoccupations maladives, aboutit à un tableau clinique assez semblable à celui de la neurasthénie, c'est la *forme neurasthénique* de la période prodromique de la paralysie générale, bien étudiée et mise en lumière par G. Ballet[1], sur laquelle je reviendrai à propos du diagnostic.

B. **Symptômes somatiques.** — Je ne noterai ici que les troubles somatiques qui peuvent, par leur précoce apparition, signaler les débuts de la maladie. C'est à propos de la période d'état que sera étudiée, dans le détail de ses éléments, l'incoordination psycho-motrice générale et progressive, qui est le syndrome somatique essentiel de la paralysie générale.

Les ictus, apoplectiques, épileptiques ou aphasiques ; les paralysies et les névralgies périphériques, principalement dans le domaine des nerfs craniens ; le début de l'ophtalmoplégie interne, représentent les principaux prodromes somatiques de la maladie

Les *ictus apoplectiques*, qui signalent parfois le début apparent de la paralysie générale, surviennent aussi plus tard, et ont d'ordinaire des conséquences d'autant plus graves qu'ils apparaissent à une période plus avancée. Ils affectent tous les degrés, depuis la simple attaque passagère de torpeur cérébrale, avec somnolence et confusion intellectuelle, jusqu'à l'accès brusque d'apoplexie franche, avec perte absolue de connaissance, coma stertoreux et état grave consécutif ; en pareil cas, on note de l'hyperthermie, parfois très élevée. Entre ces deux extrêmes s'observent les étourdissements, les vertiges, généralement avec troubles vaso-moteurs subits et accentués du visage, qui pâlit, ou, plus souvent encore, rougit et devient vultueux. Lorsque l'apoplexie se dissipe, elle laisse fréquemment après elle une hémiplégie incomplète, transitoire, qui s'efface en quelques jours, en quelques semaines : l'aphasie accompagne l'hémiplégie ou la monoplégie brachiale droites.

Les *ictus aphasiques* représentent une des variétés des ictus paralytiques localisés, de la période prodromique de la paralysie générale. Ils surviennent souvent sans paralysie des membres, sans apoplexie. Ces aphasies, généralement motrices, mais parfois aussi, quoique plus rarement, sensorielles, sont transitoires, passagères, récidivantes, incomplètes, associées à un certain degré d'étourdissement et de confusion intellectuelle. Dans d'autres cas, l'aphasie relève de lésions localisées en foyer au niveau des centres du langage (hémorragie, ramollissement) et évolue alors comme un symptôme, indépendant de la paralysie générale, durable et parfois permanent. Magnan[2] a insisté sur le mécanisme de ces accidents. Sérieux[3] et Joffroy[4] ont publié des cas intéres-

[1] G. Ballet. — La période prodromique à forme neurasthénique dans la paralysie générale, *Semaine médicale*, nov. 1893.

[2] Magnan. — Deux cas d'aphasie dans la paralysie générale. *Société de biologie*, 8 novembre 1879. — Recherches sur les centres nerveux, 2e série, 1893.

[3] P. Sérieux. — Surdité verbale pure chez un paralytique général. *Société de neurologie*, mars 1900.

[4] A. Joffroy. — Surdité verbale chez un paralytique général. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 1902.

sants de surdité verbale pure chez des paralytiques généraux, avec lésions du lobe temporal.

L'aphasie peut affecter la modalité sensorielle ou la modalité motrice, comme dans le cas rapporté par G. Ballet[1] où l'aphémie était déterminée par un œdème circonscrit de la pie-mère refoulant le pied de la troisième frontale gauche.

L'aphasie, surtout l'aphasie sensorielle, aggrave l'apparence du déficit démentiel et complique beaucoup l'appréciation de l'état intellectuel, dont elle masque et dénature les manifestations. La prédominance des phénomènes sensoriels (aphasie, hallucinations) caractérise certaines formes de la paralysie générale, étudiées par Sérieux sous le nom de *formes sensorielles* de la maladie. Ces formes paraissent liées à l'atteinte prédominante des centres auditifs et visuels, communs et verbaux, des zones postéro-inférieures de la corticalité (voy. fig. 72 et 73).

Les *ictus épileptiques* sont ou *généraux*, et simulent alors parfaitement l'accès épileptique dit essentiel, ou *partiels* et affectent la variété motrice ou la variété sensitive. Lorsque l'ictus est total, l'aura manque souvent, et la période comateuse terminale de l'accès se prolonge beaucoup plus longtemps qu'à la suite des accès idiopathiques.

Les accès d'épilepsie partielle ont une signification diagnostique précieuse, lorsqu'on ne trouve chez le malade aucune autre cause provocatrice du syndrome.

G. Ballet a vu l'épilepsie sensitive partielle, à l'état de symptôme isolé et précurseur, précéder le début des autres signes paralytiques de douze à dix-huit mois. Charcot, Magalhaës Lemos insistent aussi sur la même notion.

A la catégorie des ictus épileptiques convulsifs localisés doivent être rapportés les accès de *mouvements automatiques*, involontaires (mouvements de succion, de mâchonnement, de déglutition, de dégustation; grincements de dents), les secousses choréiques circonscrites, principalement à la face, les raideurs musculaires localisées. La pathogénie de ces symptômes si variés est du même ordre que celle des accès d'épilepsie partielle : elle relève de l'excitation des centres corticaux de la mastication, de la mimique, etc. Séglas[2] a publié un cas intéressant de tic aérophagique, dans la période prodromique de la paralysie générale; le syndrome relevait ici d'un trouble émotif, exprimé par un série coordonnée de spasmes musculaires localisés à la sphère de la déglutition. Sérieux[3] a montré l'association possible d'hallucinations verbales psycho-motrices aux contractions spasmodiques des muscles masticateurs.

Les *vertiges* s'associent souvent aux accès épileptiques partiels, à l'aphasie, à l'obnubilation intellectuelle momentanée.

Tous ces ictus apoplectiques, épileptiques, aphasiques, vertigineux, étaient

[1] G. Ballet. — *Soc. de Neurologie*, 1900.

[2] Séglas. — Paralysie générale et tic aérophagique. *Sem. méd.*, janvier 1899.

[3] P. Sérieux. — Hallucinations motrices verbales chez une paralytique générale. *Archives de neurologie*, n° 87. 1894.

décrits par les anciens auteurs sous le nom d'*attaques congestives*. Ces accidents, en effet, s'accompagnent souvent de poussées congestives de la face et des oreilles; mais, ainsi que le fait judicieusement observer Arnaud [1], il vaut mieux ne pas préjuger, dans l'énoncé du symptôme, du mécanisme pathogénique des accidents, et conserver le vocable d'ictus, qui a l'avantage de rappeler un des caractères cliniques majeurs du phénomène : la soudaineté de l'apparition.

A la suite des ictus, principalement des ictus épileptiques, on peut observer de l'*hyperthermie* (39° à 40°), avec accélération du pouls. Cette fièvre secondaire peut s'accompagner d'un état général grave ; surtout si par leur répétition les accès tournent à l'*état de mal*. Cette éventualité, qui ne s'observe guère au début de la maladie, constitue au contraire, aux périodes d'état et de gâtisme, une des modalités terminales de l'affection. En général, à la suite de ces ictus, l'état cérébral empire, s'aggrave même beaucoup : dans d'autres cas, la situation ne subit aucun changement; dans des cas plus rares encore on observe, au contraire, une légère amélioration et une période de rémission consécutive (Arnaud).

La fréquence et la gravité des ictus (apoplectiques, épileptiques, vertigineux, etc.) signalent le cours de certaines paralysies générales. Ces *formes à ictus* semblent évoluer plus rapidement, revêtir un pronostic plus grave que les formes sans ictus. Elles affectent une allure et une expression plus somatiques, moins vésaniques que celles-ci, et semblent liées à l'atteinte prédominante des centres sensitivo-moteurs, de la zone moyenne de la corticalité.

La *migraine ophtalmique*, dans sa variété *simple* (scotome scintillant, céphalée sus-orbitaire, vomissements), ou *accompagnée* (mêmes symptômes, avec accompagnement passager d'hémiopie, ou d'aphasie, ou d'épilepsie partielle, ou de parésie avec paresthésie du membre supérieur droit) constitue parfois un bon signe de début de la paralysie générale (Charcot [2], Parinaud [3], Blocq [4]). A la migraine ophtalmique il faut ajouter, parmi les névralgies prodromiques de la paralysie générale, les *névralgies du trijumeau*, avec troubles paresthésiques et sécrétoires, ou plaques anesthésiques; les *céphalées*, imprécises comme siège, mais tenaces, accompagnées de paresse intellectuelle et de torpeur cérébrale, d'*insomnie*, et de sensations subjectives intracraniennes, d'ordre neurasthénique.

Certaines *paralysies des nerfs craniens*, des IIIe, IVe et VIe paires (strabisme, diplopie, ptosis) notamment, peuvent apparaître au début de la paralysie générale. Elles sont incomplètes, souvent dissociées, parcellaires, toujours transitoires et fugaces. Ces ophtalmoplégies externes sont d'ailleurs bien accessoires dans le tableau des troubles oculaires de la maladie, si on les compare, à l'*ophtalmoplégie interne* à peu près constante et toujours précoce, dans la

[1] F. L. Arnaud. — Diagnostic de la paralysie générale. — Rapport au Congrès des Aliénistes et Neurologistes. Toulouse. 1897.

[2] Charcot. — *Progrès, médical* août 1887, et Leçons du Mardi à la Salpêtrière, 1887-88.

[3] Parinaud. — *Archives, de neurologie* 1883.

[4] Blocq. — *Ibid*, 1889.

paralysie générale. J'étudierai celle-ci à propos des symptômes de la période d'état : mais je dois, dès à présent, insister ici sur l'importance et la fréquence, dès le début de la maladie, de l'*inégalité* et de la *déformation pupillaires*, avec paresse ou *absence du réflexe irien* à la lumière.

Du côté des grands appareils, on observe, dès le début de la paralysie générale, des troubles qui témoignent du désordre de l'innervation viscérale : accidents dyspeptiques gastro-intestinaux, avec poussées congestives de la face, caprices de l'appétit, boulimie, crises gastriques, constipation ; troubles génésiques avec excitation ou dépression fonctionnelle ; troubles urinaires, avec rétention ou incontinence incomplète et passagère. Ces différents symptômes sont généralement subordonnés, dans leur caractère, à la forme expansive ou dépressive des accidents cérébraux. Carrière [1] (de Lille) a signalé la possibilité, comme prodrome isolé et précoce, des crises de *courbature musculaire*.

Je n'insiste pas ici sur les modifications des réflexes, ni sur les prodromes paralytiques, liés à la forme spéciale du début de la maladie. Je reviendrai sur ces différents points plus loin, notamment au chapitre de l'étude des formes de la paralysie générale.

Période d'état. — Le passage de la période de début à la période d'état ne se marque par aucun signe particulier ; il s'effectue en une évolution lente et inégalement progressive, par l'aggravation générale des symptômes déjà constatés et l'apparition de signes qui affermissent encore le diagnostic. Presque tous les signes de période d'état existent donc déjà dès le début de la maladie, seulement ils sont très légers, intermittents, et passent facilement inaperçus : tels, les troubles dysarthriques et dysgraphiques, le tremblement, l'ophtalmoplégie interne. Aussi ai-je remis à ce chapitre, afin d'éviter les répétitions, l'étude détaillée des grands syndromes, dont le développement coïncide avec l'évolution déjà avancée de la paralysie générale.

A. **Symptômes psychiques**. — Ceux-ci ne représentent que l'amplification et l'exagération des troubles psychiques du début de l'affection.

1. Démence. — Le malade ne présente plus seulement un affaiblissement, plus ou moins léger, de son énergie mentale, mais une déchéance manifeste et générale de toutes les facultés psychiques. L'amoindrissement de la puissance cérébrale porte sur toutes les fonctions intellectuelles, affectives, morales et volontaires ; la *démence est globale*. A ce moment le malade, qui n'a plus, sauf de bien rares exceptions, la conscience de son infériorité intellectuelle, est devenu incapable de se juger et d'apprécier ses sentiments, ses actes et sa conduite : il a perdu la faculté d'*autocritique* sur laquelle j'ai déjà insisté ; cette inconscience, qui trahit la disparition à peu près complète des facultés de réflexion, de jugement et de contrôle personnel, est elle-même un

[1] Carrière. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1902.

symptôme majeur de démence, et, ainsi que je l'ai déjà dit, le stigmate pathognomonique de la démence paralytique.

L'*amnésie,* dont nous avons vu la précocité, est constante, et, à ce moment, profonde. Elle porte maintenant sur les faits anciens, s'étend sur toute la vie, passée et actuelle, du malade, et se révèle par les négligences les plus choquantes, les oublis les plus invraisemblables. Le malade ignore la date du jour, le nom du mois, le millésime de l'année : il ne se rappelle plus son adresse, son prénom, celui de sa femme, l'âge et le nombre de ses enfants, etc. Il perd les objets usuels, s'égare dans la ville, etc. Le chapitre des *Caractères* où La Bruyère, traçant le portrait du Distrait, énumère l'invraisemblable série des distractions de Ménalque, est un excellent tableau clinique des troubles amnésiques et intellectuels de la paralysie générale. On y saisit en effet, sur le vif, non seulement les lacunes de la mémoire, mais encore le caractère mobile, incohérent et contradictoire de la conduite de ce type du distrait inconscient et béat, dont l'état mental est celui d'un paralytique général [1].

L'attention, très affaiblie, ne permet plus de fixer les images et les concepts. Il y a donc amnésie de conservation, de reproduction et de fixation [2]. L'association des idées, ralentie et appauvrie, ne s'exerce presque plus; et alors disparaissent les formes les plus élevées de l'activité mentale, les facultés de réflexion, de critique, de jugement, qui ne sont que les manifestations supérieures de l'association des idées. La volonté perd sa continuité et son énergie. Les facultés affectives et morales, qui sont depuis longtemps atteintes, s'émoussent de plus en plus; le caractère change complètement; le malade devient indifférent et apathique dans ses sentiments; souvent irritable et hostile dans ses rapports sociaux; changeant, mobile, puéril dans ses réactions intellectuelles, inconvenant et cynique dans sa tenue, ses propos; indélicat et impulsif dans ses actes.

Cette inversion complète de la formule intellectuelle et morale du malade, est due non seulement à l'amoindrissement fonctionnel des éléments cellulaires de l'écorce en général, mais encore à la rupture des liens associatifs des divers centres psychiques. La dislocation, dans le cortex, des systèmes de projection et d'association, entraîne la désagrégation des différents foyers

[1] La Bruyère. — *Les Caractères.* Chapitre : De l'Homme. On jugera de la vérité clinique de cette étude du fin moraliste, par ces quelques exemples :

« Si Ménalque va par la ville, après avoir fait quelque chemin, il se croit égaré, il s'émeut, et il demande où il est à des passants, qui lui disent précisément le nom de sa rue ; il entre ensuite dans sa maison, d'où il sort précipitamment, croyant qu'il s'est trompé..... Lui-même se marie le matin, l'oublie le soir, et découche la nuit de ses noces... Quelques années après, il perd sa femme, elle meurt entre ses bras, il assiste à ses obsèques, et le lendemain, quand on lui vient dire qu'on a servi, il demande si sa femme est prête, et si elle est avertie..... Il revient une fois de la campagne; ses laquais en livrée entreprennent de le voler et y réussissent; ils descendent de son carrosse, lui portent un bout de flambeau sous la gorge, lui demandent sa bourse, et il la rend; arrivé chez soi, il raconte son aventure à ses amis, qui ne manquent pas de l'interroger sur les circonstances, et il leur dit : *Demandez à mes gens, ils y étaient.* »

La Bruyère convient d'ailleurs que Ménalque est malade ; car il dit expressément qu' « il est sujet à de certaines grimaces, et à des mouvements de tête involontaires ».

[2] P. Sollier. Les troubles de la mémoire. *Bibl. Charcot-Debove*, 1894.

d'activité psychique, la *dissolution du travail de synthèse acquise, et l'impossibilité d'associations nouvelles.* La mentalité s'effrite ainsi, parallèlement à la diffusion et à la profondeur des lésions anatomiques; il s'ensuit une altération remarquable et précoce de la Personnalité morale, affective et volontaire d'abord, de la Personnalité intellectuelle ensuite, suivant une loi de régression assez analogue à celle qui régit la marche de la démence sénile: l'altération, puis l'anéantissement des fonctions psychiques progressent des facultés supérieures, tardivement développées, aux facultés inférieures, élémentaires; toutefois, chez le paralytique général, le processus de désorganisation débute massivement par l'atteinte simultanée, mais inégale, de toutes les facultés, et il évolue avec une grande rapidité.

La *désagrégation mentale* s'oppose, chez le paralytique, à l'établissement des comparaisons, des mesures, au rappel des souvenirs, à l'association des idées. Il en résulte, non pas seulement la démence, mais une démence particulière, faite du fonctionnement isolé, fragmentaire, de petits systèmes corticaux discontinus, disloqués, sans rapport les uns avec les autres. Alors se perdent les notions d'analogie et de contraste, de comparaison et de mesure : conséquemment, le pouvoir de critique et de contrôle disparaît. La notion du temps, de la mesure, de la durée, s'évanouit peu à peu; aussi le paralytique général ne s'exprime presque jamais au passé, rarement au futur, mais presque toujours au présent; il vit dans un présent perpétuel (H. Lalande [1]). Le cerveau du paralytique général, en somme, est psychologiquement assimilable à la collection des fragments juxtaposés d'une mentalité appauvrie et dissociée, fonctionnant dans une action simultanée, mais asynergique, suivant les lois d'un automatisme réflexe, anarchique et inconscient.

Ces considérations expliquent que les idées, le langage et les actes de ces malades présentent ces caractères majeurs, si bien définis et commentés par J. Falret [2], et qui sont comme la marque spécifique de l'état mental paralytique : la *multiplicité,* la *mobilité,* l'*incohérence,* l'*absurdité,* la *contradiction.* Les exemples abondent des manifestations de cette psychologie démentielle paralytique; j'en citerai seulement quelques-uns, empruntés aux auteurs. Un paralytique général entre à l'eau pour se noyer, mais, se rappelant qu'il est rhumatisant, il se hâte d'en sortir. Un autre veut se suicider par le charbon; mais, aussitôt le réchaud allumé, il ouvre la fenêtre toute grande, pour que la fumée ne le fasse pas tousser (Mendel) [3]. Un des malades d'Arnaud [4], soutenant que les journaux donnent de fausses nouvelles, disait : « La preuve, c'est que je vois là qu'il suffit d'un quart d'heure pour évacuer un théâtre contenant cinq à six cents personnes. *A une minute seulement par personne,* vous voyez si un quart d'heure peut suffire ! »

[1] H. Lalande. — Étude sur la Maladie de Bayle. Th. Paris, 1899.

[2] J. Falret. — De la folie paralytique. Th. Paris, 1853. — Études cliniques sur les Maladies mentales. Paris, 1890.

[3] Mendel. — Die progressive Paralyse der Irren. Berlin, 1884.

[4] F. L. Arnaud. — Rapport au Congrès de Toulouse, déjà cité.

Dans ces différents exemples, le malade émet d'abord une idée ; il en émet ensuite une seconde ; toutes deux sont logiques, mais contradictoires ; et, si elles coexistent dans son esprit sans s'exclure, c'est parce qu'elles sont nées sans se connaître, et qu'elles sont émises sans s'associer : il y a *juxtaposition de concepts isolés, et non combinaison d'idées associées. La synthèse psychique ne s'opère plus.*

Lorsque, avec les progrès de la maladie, la démence s'accuse encore davantage, elle ne se manifeste plus d'une phrase à l'autre, mais d'un mot au suivant. Le malade, par exemple, donne comme quantième du mois le 34 mars, (Magnan et Sérieux), il dit être âgé de deux ans, de deux siècles ; l'un avoue trente ans d'âge, et dit aussitôt avoir un fils de vingt-huit ans. Le paralytique accumule ainsi, avec un aplomb imperturbable, contradictions sur contradictions ; il commence un récit, l'interrompt par un autre, qu'il laisse inachevé, pour se perdre dans des divagations incohérentes. On peut d'ailleurs facilement provoquer ces interruptions, ces diversions, en engageant la conversation, dans un même entretien, sur une série de pistes absolument différentes, que le malade prend tour à tour, au gré de son interlocuteur, sans marquer ni étonnement, ni impatience.

Ce caractère multiple, mobile, incohérent, absurde et contradictoire de la psychologie du paralytique général, donne à tous les actes du malade un cachet bien spécial de niaiserie et d'inconséquence, sur lequel on ne saurait trop insister, au double point de vue clinique et médico-légal. « Innombrables et variés sont les actes absurdes du paralytique ; mais tous ont un caractère spécial : c'est une absence incroyable de jugement, une absurdité faite exprès. » (Magnan et Sérieux). Les délits sont commis avec une gaucherie, une imprévoyance, une brutalité, une maladresse et une absence de plan absolument remarquable... Pris sur le fait, l'objet volé dans la main, le paralytique ne sait déjà plus comment cela s'est fait et ment comme un gamin, simplement parce qu'il ne sait plus (V. Krafft-Ebing [1]). Aussi non seulement ces malades commettent-ils fréquemment des délits de vol, de vagabondage, d'attentats à la pudeur, etc. ; mais encore deviennent-ils parfois, vis-à-vis d'autrui, les dupes de leur débilité mentale. « C'est pour l'entourage l'heure de la curée : l'un donne à sa servante 200000 francs d'actions au porteur, l'autre reconnaît des enfants qui ne sont pas les siens. » (Magnan et Sérieux). Une malade, de la classe ouvrière, que j'ai observée avec mon maître P. Garnier, à l'Infirmerie du Dépôt de la Préfecture de Police, avait fait, chez une grande couturière, une commande de 800 francs ; et, en sortant du magasin, avait donné à un inconnu, qu'elle avait croisé dans la rue, une liasse d'actions au porteur, toutes ses économies.

Certains paralytiques généraux parcourent les différentes phases de la maladie, sans présenter d'autres troubles psychiques que ceux qui résultent de cette démence généralisée et progressive. Ballet [2], sur un total de 55 ma-

[1] V. Krafft-Ebing. — Médecine légale des aliénés. Traduction de Rémond (de Toulouse), 1900.

[2] G. Ballet. — Art. cité du *Traité Charcot-Bouchard.*

lades, en a compté 19 qui n'ont été que des déments progressifs ; les 36 autres présentèrent des conceptions délirantes. Clouston donne une statistique à peu près analogue. Il y a donc, d'après ces auteurs, une proportion de 1/3 de paralytiques généraux qui ne présentent pas de délire. D'après J. Bullen[1] la proportion descendrait à 1/2 environ. C'est l'opposition entre cette forme démentielle simple et les formes délirantes de la paralysie générale, qui a fait les frais de l'intéressante discussion sur la paralysie générale avec aliénation et la paralysie générale sans aliénation (Duhamel, Nonat, Prus, Requin, Sandras[2]). C'est elle aussi qui a inspiré son dualisme nosologique à Baillarger, qui distinguait, comme l'on sait, la *démence* de la *folie* paralytiques. Cette conception était d'ailleurs fondée sur une analyse clinique judicieuse, à laquelle rendent hommage les distinctions si tranchées qu'établissent les aliénistes modernes entre les deux ordres de syndromes, la démence et les délires. « Les états délirants qui surviennent au début ou dans le cours de la démence paralytique sont de véritables psychoses greffées sur l'état d'affaiblissement intellectuel ; indépendantes de l'encéphalite interstitielle, elles peuvent manquer, elles peuvent aussi guérir malgré les progrès de la lésion... Il faut distinguer de la démence paralytique incurable, permanente et progressive, ces épisodes curables plus ou moins mobiles et passagers, de même que l'on isole les délires fugaces, protéiformes des dégénérés, de leurs défectuosités psychiques congénitales et immuables. » (Magnan et Sérieux[3]).

Ce sont ces délires qu'il nous faut maintenant étudier.

2. Délires. — « A peine le cerveau est-il touché par la lésion, que les aptitudes délirantes du sujet se révèlent, précédant et masquant les signes d'affaiblissement intellectuel. » (Magnan et Sérieux.) La lésion corticale est donc la cause occasionnelle de l'éclosion de ces troubles délirants ; mais la véritable cause déterminante doit en être cherchée dans l'hérédité psychopathique du sujet. Non seulement ces prédispositions, héréditaires ou acquises, déterminent l'explosion du délire, mais encore elles en commandent l'intensité, en dessinent parfois la forme, en orientent la direction et les tendances (états maniaques et surtout mélancoliques, suicide, forme circulaire, chez les héréditaires ; délire, hallucination chez les intoxiqués, etc.).

Ces délires sont très variés. États maniaques et mélancoliques, avec leurs formes diverses, délires ambitieux, hypochondriaque, mystique, érotique, idées de persécution plus ou moins systématisées, idées de négation, hallucinations, tous ces troubles peuvent se rencontrer (Magnan et Sérieux). On peut les classer, avec presque tous les auteurs, en *délire expansif* (idées de satisfaction, de grandeur, ambitieuses, érotiques, etc.) et *délire dépressif* (idées mélancoliques, hypochondriaques, de persécution, de négation, etc.). La forme expansive du délire est plus commune que la dépressive : celle-ci

[1] John Bullen. — *Journal of mental Science*. Avril 1893.

[2] *Soc. de Médecine de Paris*, février 1846.

[3] Magnan et Sérieux. — La paralysie générale. Coll. Léauté. p. 16 et 61.

étant d'ailleurs relativement plus fréquente chez la femme. Les deux formes peuvent aussi alterner entre elles et simuler quelque temps une forme de folie circulaire.

Quels que soient la forme et le contenu de ces délires, un grand caractère leur est commun : c'est de toujours s'exprimer par des idées *multiples*, *mobiles*, *non motivées et contradictoires* entre elles. Ce caractère, résumé dans la classique formule de J. Falret, tient au fond de démence sur lequel germent et se développent les idées délirantes; celles-ci participent nécessairement à la faiblesse et à la pauvreté de leur substratum.

Ainsi caractérisés, ces délires sont foncièrement *asystématiques*. Parfois, sans aller jusqu'à la systématisation véritable et continue, ils revêtent une allure plus cohérente, plus suivie : en pareil cas, ils évoluent sur un terrain héréditairement prédisposé aux manifestations vésaniques. En dehors de l'influence héréditaire, ils se montrent, au contraire, dépourvus de toute tenue et de toute stabilité.

D'après d'intéressantes observations de Régis et Lalanne[1], certains de ces délires peuvent avoir parfois une *origine onirique* : les éléments en sont puisés dans les rêves de la nuit, et, à la façon des idées post-oniriques, peuvent montrer une certaine persistance.

Cette origine onirique du délire paralytique le rapproche des délires toxiques ; mais l'affaiblissement du terrain cérébral, que Krafft-Ebing a montré si favorable à la production du délire sous l'influence du rêve[2] rend le délire paralytique, moins hallucinatoire, moins vivant, moins suivi, moins intimement lié à la personnalité du sujet, que les autres délires oniriques.

A. Délire expansif. — L'ébauche de ce délire figure déjà, dès la période prodromique de la paralysie générale, dans le contentement et l'optimisme accusés par le sujet. « Le malade ne sort pas encore de sa sphère, mais la sphère s'embellit. » Un peu plus tard, cette satisfaction s'épanouit davantage, en une sorte d'euphorie béate et constante, dont le malade porte l'expression caractéristique dans son regard et son sourire. « Le visage ouvert et souriant, ils abordent le premier venu de leur poignée de main banale, se montrant prévenants, affables, contents de tout : ils font voir avec ostentation leur maison, leurs meubles, leurs vêtements, et les plus minces objets qui leur appartiennent » (Marcé). Tous les auteurs, surtout J. Falret et Régis ont insisté sur le caractère, en général, doux, bienveillant, généreux des dispositions des paralytiques expansifs vis-à-vis de leur entourage.

Le paralytique général est, en effet, le plus souvent, un malade accommodant, docile, et « bon garçon ». Sans comprendre les conversations auxquelles il assiste, il y participe néanmoins du regard et du geste, en riant

[1] Régis et Lalanne. — De l'origine onirique de certains délires dans la paralysie générale. Section de Psychiatrie du Congrès international de Paris, 1900.

[2] E. Régis. — Le délire de rêve chez le vieillard. Congrès des Aliénistes de Bordeaux, 1895.

lorsqu'on rit, en reprenant un air sérieux lorsqu'on s'attriste, en prenant l'air surpris, lorsqu'on s'étonne, etc. Le malade approuve toujours, de la tête et de la parole, à tous les moments de la conversation. On peut tenir devant lui, sur sa maladie et son avenir, les discours les plus explicites : il les écoute, a l'air de les suivre et émet de temps à autre, des « oui, oui », « c'est cela », en opinant de la tête. Il prouve à la fois, ainsi, qu'il n'a pas compris et qu'il n'a cessé d'approuver la conversation tenue devant lui. Cette *approbativité*, stigmate d'optimisme moral, jointe à l'inintelligence du discours, stigmate de démence, est vraiment spéciale au paralytique général.

Encore un degré de plus, le sentiment de bonheur intime et de bien-être organique se hausse jusqu'à l'exagération mégalomaniaque. Le malade, content de lui-même et des autres, enchanté de la marche des choses, déborde de



Fig. 57. — Paralysie générale (collection Dupré). État expansif, avec excitation mégalomaniaque. Le malade qui déambule dans la cour de l'Asile en émettant des idées de grandeur, exprime bien, par son facies, l'orgueilleuse satisfaction qui l'anime, et, par son geste, l'origine et le caractère tout personnels de son sentiment pathologique.

joie exubérante et communicative, et vous fait naïvement part de sa situation et de ses projets (fig. 57). Sans entrer dans le détail narratif et anecdotique des observations cliniques, on peut résumer l'ensemble des caractères du délire expansif, en disant que les paralytiques généraux expriment, en termes hyperboliques, des idées de satisfaction inaltérable, de puissance personnelle, de supériorité physique et intellectuelle, de virilité infatigable, d'in-

calculable richesse, d'inépuisable générosité. Ces idées, de nature expansive, restant soumises à la formule générale de la psychologie paralytique, sont multiples, mobiles, non motivées, absurdes, incohérentes, illogiques, contradictoires.

A son degré le plus élevé, le délire expansif atteint des proportions fantastiques : le malade plane, dans son rêve, hors du temps et de l'espace ; il s'absorbe dans l'infini et l'éternité. Les mots : or, diamants, millions, général, pape, empereur, président de la République, sont courants dans sa conversation ; les superlatifs : généralissime, maréchalissime, etc., abondent. L'un d'eux, pharmacien de son état, signe : « Dieu du ciel et de la terre, pharmacien, général et amiral commandant les armées de terre et de mer. » L'autre demande qu'on lui coupe les jambes, pour les remplacer par des muscles de lion recouverts de peau de tigre « ce qui le dispenserait de porter un pantalon » (Arnaud). Un troisième exploite l'atmosphère, et chaque mouvement respiratoire lui est payé un million (Schüle). Un quatrième atteindra la lune en lançant jusque-là son pénis prolongé à l'infini (Krafft-Ebing). Un cinquième a une colonne vertébrale qui se hausse à volonté jusqu'aux astres. Un autre veut se faire faire de nouveaux organes à l'hôpital, afin de devenir beau comme Apollon, et plaire à toutes les femmes, auxquelles il fera des enfants qui auront tous deux mètres de haut et seront assez nombreux pour former une innombrable armée... (P. Garnier).

Plus on questionne le malade, plus il s'exalte (Schüle) ; mobile et suggestible au plus haut degré, il change de thème à tout propos, et ne s'embarrasse d'aucune contradiction. Le délire varie d'ailleurs un peu dans sa teinte, suivant le caractère antérieur, la profession, l'orientation psychique des malades ; mais tous, quels que soient leur situation sociale et le degré de leur instruction antérieure, ont des conceptions portées d'emblée aux limites extrêmes de l'extravagance (Christian et Ritti). Tous ces malades semblent jetés dans le même moule (J. Falret) : une tendance qui leur est commune est de s'attribuer *tous* les mérites, *tous* les titres, *toutes* les richesses, et J. Falret, remarquant l'importance de ce vocable « *tout* » dans le langage des paralytiques, conclut : « Il est caractéristique et joue le même rôle dans le langage de ces malades que le mot *on* dans celui des persécutés. » Beaucoup de paralytiques répètent également toujours les mêmes chiffres, dans l'expression de leur délire : ils ont 40 ans, 40 femmes, 40 millions, etc. (Arnaud) ; ils ont 80 000 ans, 80 000 châteaux, 80 000 décorations, etc. (Schüle). Cette sorte d'intoxication aphasique par un chiffre, persiste parfois des années.

La lecture des observations détaillées de paralytiques généraux est une source inépuisable de spécimens originaux et curieux de l'expression de ce délire expansif. On peut par là se convaincre, qu'en dépit des lois communes auxquelles il obéit dans ses caractères généraux, il persiste cependant un rapport étroit entre la valeur intellectuelle et imaginative du délire et la qualité de l'esprit et le degré de culture antérieure des malades. Tandis que l'ouvrier ou la ménagère délirent avec les modestes éléments de leur cérébration passée, certains paralytiques généraux appartenant au monde des arts,

des lettres ou des sciences ont un délire de riche couleur et d'ampleur grandiose. Un malade, ingénieur électricien de haute valeur, observé au Dépôt par P. Garnier[1], s'exprimait ainsi : « Je vous annonce que je suis monté au ciel cette nuit... Là, un spectacle merveilleux s'est offert à mes yeux. J'ai vu l'univers entier passer devant moi. Des milliers d'ouvriers travaillaient la terre et portaient des costumes d'une rare beauté. Des images obscures, cachant des formes féminines, passaient rapidement et touchaient terre. Ces formes se mirent bientôt à danser de la façon la plus gracieuse et la plus merveilleuse. Des perles, des rubis, des diamants traversaient l'air et se croisaient. Plus loin, je vis la terre couverte d'arbres gigantesques et de forêts immenses... Puis, ce fut mon apothéose, l'*apothéose du travail que je personnifie*. A mes pieds s'étalait le monde entier. Des milliers d'êtres à genoux étendent leurs bras vers moi pour m'adorer. Tout à coup, un fil électrique est mis en contact avec mon nombril. Immédiatement, toute cette scène merveilleuse s'illumine d'une manière éblouissante. Je vous le dis... J'ai touché à la Divinité par cela seul que j'ai résolu le problème de la conservation de l'énergie. »

Enfin, au dernier degré de l'exagération mégalomaniaque, le délire expansif, à la fois monstrueusement exalté dans ses proportions et misérablement réduit dans sa charpente et son objet, par les progrès de la démence, tourne à l'énormité et devient inexprimable. Le malade est Dieu, patron de Dieu ; il est Tout... Ses excréments sont en or, ses organes en diamants, etc. A la période terminale, ce délire, s'il persiste jusqu'au bout, ne se manifeste plus que par l'inintelligible et monotone bredouillement de certains mots : millions, diamants, etc.

Beaucoup de malades ne présentent jamais que l'ébauche de ce délire, ou plutôt de cet état expansif. Toujours satisfaits et contents, ils donnent de leur bonheur les explications les plus niaises et les plus terre à terre. Interrogé sur les motifs de son contentement, le paralytique répond souvent : « Je viens de manger... Je lis mon journal... Il fait beau temps... » Un de mes malades me disait à chaque visite, avec une physionomie rayonnante de bonheur : « J'avais la diarrhée... et on me l'a coupée ! ». Ce paralytique se figurait être à l'hôpital, pour servir de modèle de santé aux autres malades du service.

B. Délire dépressif. — Les formes dépressives du délire paralytique, qui obéissent aux mêmes lois générales que les formes expansives, se caractérisent par des idées hypochondriaques, de négation, de damnation, de persécution (fig. 58).

Idées hypochondriaques. — Bien étudiées par Baillarger, à propos de la paralysie générale, ces idées portent sur l'altération ou la destruction des organes. On ne saurait en donner une meilleure idée qu'en citant le texte même de Baillarger[2].

« Les malades croient que leurs organes sont changés, détruits ou com-

[1] P. Garnier. — Les paralytiques généraux. La folie à Paris, 1890.
[2] Baillarger. — *Union médicale*, août 1857. — *Ann.méd. psychol.*, 1858-1860.

plètement obstrués. Ils prétendent, par exemple, qu'ils n'ont plus de bouche, plus de ventre, plus de sang, ou bien que leur pharynx est bouché, leur estomac complètement plein, que leur ventre est barré. Il semble à quelques-uns que leurs aliments sortent des voies ordinaires, qu'ils passent sous la peau, ou même sous leurs vêtements. Quatre prétendaient que leur corps tombait en putréfaction... Il en est qui soutiennent qu'ils ne peuvent plus ouvrir les yeux ; d'autres affirment ne plus pouvoir avaler, ni aller à la selle, ni uriner. Ils trouvent que leurs membres sont changés, qu'ils ne les ont plus ; il en est qui vont jusqu'à se croire morts, etc... »

La découverte des relations cliniques de ce délire hypochondriaque avec la paralysie générale est un des plus beaux titres de gloire de l'illustre aliéniste de la Salpêtrière, car, avant ses travaux « on vivait sous la croyance d'un délire ambitieux exclusivement caractéristique de la paralysie générale, et l'on ne songeait guère à l'existence possible de cette maladie chez un sujet mélancolique » (Magnan [1]).



Fig. 58. — Paralysie générale (collection G. Ballet). Etat dépressif, avec idées mélancoliques.

Idées de négation [2]. — Celles-ci sont constituées habituellement par l'exagération des idées précédentes. Le malade n'a plus d'organes : il est mort, inexistant ; il n'a jamais existé. Il parle de lui à la troisième personne. Puis les idées de négation s'étendent au monde extérieur : il n'a plus de parents, il n'en a jamais eu ; il n'y a pas d'univers, tout le monde est mort, tout est fini ; rien n'a jamais existé.

Les malades ont aussi des idées de *transformation corporelle*, d'origine cénesthésique : ils sont en gélatine, en verre ; ils vont fondre, ou se briser, etc. On peut observer également une autre forme de délire hypochondriaque, étudiée par Materne [3] c'est le *délire micromaniaque* ou *délire des petitesses*, les malades se croient atrophiés, tout petits, comme des nains. D'autres malades, associant l'énormite à l'hypochondrie, dans l'interprétation de leurs troubles cénesthésiques ou de leurs hallucinations, en arrivent à un délire

[1] Magnan. — *Éloge de Baillarger à l'Académie de médecine*, décembre 1902.

[2] J. Séglas. — Le délire des négations. 1 vol. Coll. Léauté. — Lire à ce sujet la définition des termes : délire des négations (syndrome de Cotard) et idées de négation (symptomatiques), dans l'Introduction, et le Chapitre relatif aux idées de négation dans la paralysie générale.

Cotard. — Étude sur les maladies cérébrales et mentales. 1 vol. Baillière, édition 1891.

[3] Materne. — Thèse de Paris, 1869.

d'*exagération hypochondriaque;* qui représente la combinaison des idées ambitieuses et hypochondriaques[1]. Les malades se plaignent d'avoir l'estomac bouché par 300 000 vers; d'autres d'avoir des milliers de cœurs, une érection éternelle ; une mine d'argent qui bouche l'intestin, des billets de banque dans la tête, etc.



Fig. 59. — Fausse grossesse chez une paralytique générale (collection Dupré). Association, chez une paralytique de 30 ans, spécifique depuis l'âge de 15 ans, d'une *fausse grossesse* (déformations caractéristiques, gonflement des seins, aménorrhée absolue depuis 6 mois, etc.), comme chez les hystériques, et d'un *délire de grossesse* (conviction formelle de grossesse, résistant à toutes les démonstrations contraires, culture et développement de l'idée fausse, etc.) comme chez les démentes. Utérus et organes voisins normaux. Aucun stigmate hystérique. La fausse grossesse s'est terminée au 9e mois, par le retour des règles. A cette occasion, la malade a abandonné son idée, dont le souvenir provoque chez elle les manifestations d'une démence avancée (indifférence, sourire niais et béat, réponses absurdes, etc.).

On peut, en résumé, avec Voisin et Burlureaux[2], distinguer quatre formes de délire hypochondriaque paralytique ; 1° délire d'obstruction et de négation des organes ; 2° négation de l'existence et de la personnalité ; 3° délire des petitesses ; 4° délire d'exagération, ou emploi de nombres ou d'expressions insensés pour exprimer des idées dépressives.

Idées de persécution. — Celles-ci sont beaucoup plus rares, apparaissent en général chez des héréditaires, et peuvent, dans certains cas, surtout au début de l'affection, montrer un peu plus de stabilité et de durée que les autres conceptions délirantes du paralytique général. D'ailleurs, même dans ces cas exceptionnels, elles ne sont que passagèrement systématisées. Elles s'accompagnent, le plus souvent, d'hallucinations auditives et visuelles.

On peut observer également des *idées religieuses ou érotiques.* Mais ce sont des idées, expansives ou dépressives, à teinte mystique ou religieuse ou érotique. Le malade est l'amant de la Vierge, le fils de Dieu, etc.; ou bien il a cent mille maîtresses, une force virile gigantesque, etc. Les idées

[1] Séglas. — Délire des négations. 1 vol., Coll. Léauté.

[2] Auguste Voisin et Burlureaux. — De la Mélancolie dans ses rapports avec la paralysie générale, 1880.

mystiques, généralement accompagnées d'hallucinations, provoquent des réactions parfois dangereuses, suicides ou homicides ; les idées érotiques entraînent aussi quelquefois des actes regrettables (mutilations, attentats, tentatives de viol), mais presque toujours maladroits et impuissants.

Une variété de délire assez fréquente chez les paralytiques généraux est le *délire de grossesse* [1] qui peut s'observer chez l'homme et revêtir bien des modalités dans son expression et son évolution. J'ai observé un cas curieux de combinaison de délire de grossesse avec une *fausse grossesse* [2] telle qu'en présentent les hystériques ou les névropathes (fig. 59).

3. États maniaques. — L'ébauche de l'état maniaque s'observe, associée ou non au délire expansif, dans cette exaltation intellectuelle qui peut masquer pour un temps le début de l'affaiblissement démentiel, et se traduit par l'activité exubérante et infatigable de l'esprit, le besoin de mouvement, la facilité et l'abondance de l'élocution, l'animation du visage, l'éclat des



Fig. 60. — Paralysie générale féminine (collection Dupré). Excitation psychique avec gaieté exubérante. Démonstrations intermittentes d'une joie enfantine, avec danses, exclamations, envoi de baisers, etc. La malade, dans un geste qui lui est familier, bat des mains au-dessus de sa tête.

yeux, etc. (fig. 60). Un degré de plus, et l'excitation psychique provoque l'insomnie, la loquacité, l'agitation motrice, la turbulence incohérente, l'immoralité de la conduite.

Des actes absurdes ou délictueux, des excès alcooliques ou vénériens, sont commis ; et, à l'examen, on se trouve en présence d'un malade atteint d'excitation maniaque et d'affaiblissement démentiel tout ensemble, ainsi qu'en témoignent l'absurdité niaise et l'incohérence contradictoire de ses propos et

[1] Le délire de grossesse. *Soc. méd. psychol.*, 1902. Communication de Toulouse, discussion par Magnan, Arnaud, Dupain, etc.

[2] Dupré et P. Pagniez. — Fausse grossesse chez une paralytique générale. (*Congrès de Grenoble*, 1902).

de ses actes. Lorsque l'excitation s'exagère, l'accès maniaque franc est constitué, avec toutes ses conséquences, et notamment la terminaison possible dans le délire aigu.

4. États mélancoliques. — A l'opposé des états maniaques, figurent, dans l'expression clinique de la paralysie générale, les états mélancoliques, avec ou sans délire. Lorsque la mélancolie existe sans délire, le malade est inerte, immobile, dans une attitude triste et découragée : il se plaint et se lamente, souhaite la mort, etc. Lorsque la mélancolie s'accompagne de délire, celui-ci s'exprime par des idées de ruine, de culpabilité, de damnation : des idées délirantes d'autoaccusation peuvent être émises, mais auxquelles leur cachet démentiel enlève toute portée médico-légale[1]. On observe des raptus homicides ou suicides, consécutifs à des accès d'angoisse et des hallucinations impératives. Le mutisme, la sitiophobie ne sont pas rares (fig. 61).

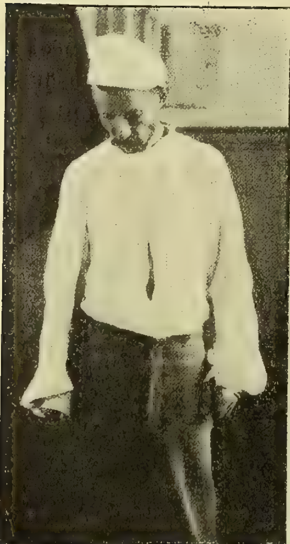


Fig. 61. — Paralysie générale (collection G. Ballet). État mélancolique, avec mutisme.

C'est presque toujours sur un fond mélancolique que se développent, dans la paralysie générale, le délire hypochondriaque, les idées de négation, de transformation corporelle, d'énormité, de petitesse, qui ne sont que l'interprétation délirante des perversions cénesthésiques. Cette interprétation est toujours absurde, incohérente et contradictoire : elle dénote aussi l'association fréquente des idées mégalomaniaques et hypochondriaques, ainsi que j'en ai déjà cité des exemples (voy. *Idées de négation*). Je ne reviens pas ici sur l'absurdité des tentatives de suicide, à propos desquelles on peut dire, avec P. Garnier, que le paralytique général a un *modus faciendi* qui n'appartient qu'à lui. Dans certains cas exceptionnels de suicide, on a observé la préméditation et une préparation compliquée (Monestier[2]). Febvré[3] a observé une paralytique à forme circulaire, qui, à plusieurs reprises, dans ses périodes mélancoliques, a médité et soigneusement dissimulé des préparatifs de suicide : il s'agissait d'ailleurs d'une malade encore peu démente. Viallon[3], sur une statistique d'environ 800 aliénés de tout ordre, a constaté les idées de suicide chez les paralytiques généraux dans la proportion de moins de

[1] E. Dupré. Les Autoaccusateurs. *Rapport au Congrès de Grenoble*. 1902.

[2] Monestier. Contribution à l'étude du suicide dans la paralysie générale. *Annales méd. psych.*, mars 1900.

[3] Febvré. Communication orale.

[4] Viallon. — Suicide et Folie. *Ann. méd. psychol.*, 1901-1902.

5 p. 100 : alors que cette proportion atteint 40 p. 100 chez les mélancoliques, 26 p. 100 chez les dégénérés, etc.

On observe parfois, surtout dans les cas où l'hérédité vésanique est en jeu,



Fig. 62. — Paralysie générale (collection Dupré). Malade de 45 ans. Forme d'allure irrégulièrement circulaire : lésions nécroptiques caractéristiques. Le malade est ici dans une période expansive, avec délire ambitieux, émission d'idées de grandeur, distribution de richesses, etc. Remarquer la négligence de la tenue, l'inversion des pièces de l'habillement.

l'alternance des états maniaques et mélancoliques, la succession, à intervalles plus ou moins rapprochés, de périodes d'agitation et de dépression, qui réalisent la *forme circulaire* de la paralysie générale (fig. 62 et 63). D'ailleurs, en dehors de ces formes alternantes, la *mutabilité de l'expression affective* ou délirante est de règle, chez le paralytique : l'empereur d'hier est aujourd'hui un misérable ; l'homme robuste est brusquement devenu un malade dont tous les organes sont pourris (Schüle). Ces variations du ton affectif, avec ou sans idées délirantes concomitantes, se traduisent par des changements d'expression dans le facies, et d'attitude dans la tenue parfois remarquables. On trou-

vera un exemple curieux de cette mutabilité d'expression dans les figures ci-contre.

Ces états maniaques et mélancoliques, qui ne sont que l'expression des perturbations cénesthésiques, semblent, d'après les expériences de Klippel



Fig. 63. — Paralysie générale (collection Dupré). Même malade que la figure 62. Actuellement, période dépressive, avec délire mélancolique et hypochondriaque, anxiété, lamentations puériles, etc.

et Dumas [1], soumis dans leurs modalités et leurs variations, à l'état de la circulation vaso-motrice : cette corrélation entre l'état cénesthésique et ses expressions, et l'équilibre vaso-moteur, n'est qu'un cas particulier de la doctrine physio-pathologique générale des émotions, établie par Bain, Lange, W. James et Ribot.

5. Hallucinations. — En dehors des troubles sensoriels d'origine toxique, alcoolique, les hallucinations seraient, dans la paralysie générale, très rares

[1] Klippel et Dumas. Des paralysies vaso-motrices dans leurs rapports avec l'état affectif des paralytiques généraux. *Congr. des méd. aliénistes*. Bordeaux, 1895.

(Magnan, Dagonet, Krafft-Ebing, Ballet). Certains auteurs même les ont niées (Hupifert). Quand elles existent, elles sont mobiles et passagères (Christian et Ritti), toujours accessoires (Magnan et Sérieux) ; elles arrivent cependant,



Fig. 64.



Fig. 65.

Paralysie générale (collection G.Ballet).

La série de ces figures montre, chez la même malade, diverses attitudes, avec expressions correspondantes du visage, observées pendant quelques semaines, à des jours différents. Dans la succession irrégulière de ces états affectifs souvent opposés, s'exprimant par des attitudes parfois théâtrales, remarquer les diverses représentations de la résignation douloureuse (fig. 64), de la douleur défaillante (fig. 65), du désespoir (fig. 66), de la joie rieuse (fig. 67) et dansante (fig. 68). D'autres attitudes rappellent, par leur étrangeté et leurs autres caractères, celles qu'on observe dans certains cas de manie hystérique et de démence précoce.

dans certains cas exceptionnels, à dominer un certain temps le tableau clinique. Les hallucinations *auditives,* les plus fréquentes (malgré l'opinion de Schüle, qui les dit plus rares), sont pénibles et s'associent à l'état mélancolique, aux idées de persécution : parfois elles alimentent le délire mégalomaniaque. Les hallucinations *visuelles* accompagnent le délire mystique : elles sont très souvent liées à l'alcoolisme. Les hallucinations *gustatives, olfactives et cénesthésiques* s'observent surtout dans le délire mélancolique à forme hypochondriaque, avec idées de négation ; on les constate aussi dans



Fig. 66.



Fig. 67.



Fig. 68.



Fig. 69.

le délire de persécution. On relève aussi parfois des *illusions* de la vue, de la sensibilité générale, avec interprétations délirantes absurdes. Les malades se plaignent d'avoir leur linge mouillé [1], leurs vêtements déchirés, etc.

Les hallucinations *psycho-motrices* [2], si bien analysées dans leur mécanisme et décrites dans leurs symptômes par Séglas [3], peuvent se rencontrer dans la paralysie générale, comme en témoigne une intéressante observation de P. Sérieux [4]. Dans ce dernier cas, les hallucinations psycho-motrices étaient associées à des convulsions des muscles masticateurs, et l'autopsie révéla une prédominance marquée des lésions de méningo-encéphalite au niveau du pied de la troisième frontale et de l'extrémité inférieure de la frontale ascendante. Le même auteur [5] a publié une autre observation de surdité verbale, alternant avec des hallucinations auditives et des périodes de surdité corticale, chez un paralytique, à l'autopsie duquel furent constatées, outre les lésions classiques de l'affection sur les lobes frontaux, un double foyer d'encéphalo-méningite atrophique et ulcéreuse, intéressant symétriquement, sur les deux hémisphères, la partie postérieure du gyrus supra-mar-



Fig. 70.



Fig. 71.

[1] F. Gionulli. Contributo allo studio della paralisi progressiva infanto-juvenile con allucinazioni igriche. — *Rivista sperim. di frenatria e med. leg.*, décembre 1899.

[2] Rieu. Des hallucinations psycho-motrices dans la paralysie générale. Th. Paris, 1900.

[3] J. Séglas. Les troubles du langage chez les aliénés. *Bibl. Charcot-Debove*, 1892.

[4] P. Sérieux. Hallucinations motrices verbales chez une paralytique générale. (*Archives de Neurologie*, 1894).

[5] P. Sérieux. Hallucinations auditives et surdité verbale chez un paralytique général. *Soc. de Neurologie*, 1902.

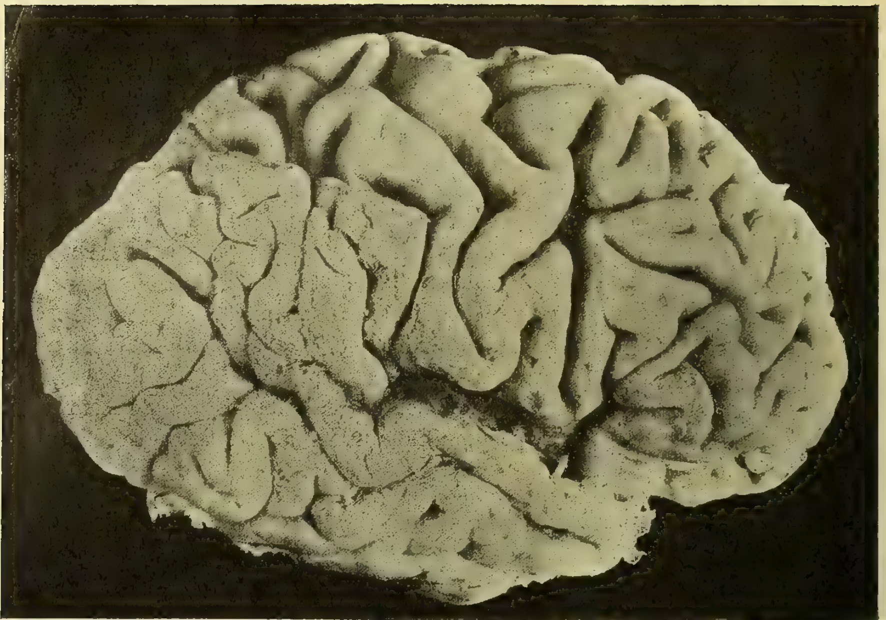


Fig. 72. — Hemisphère droit.

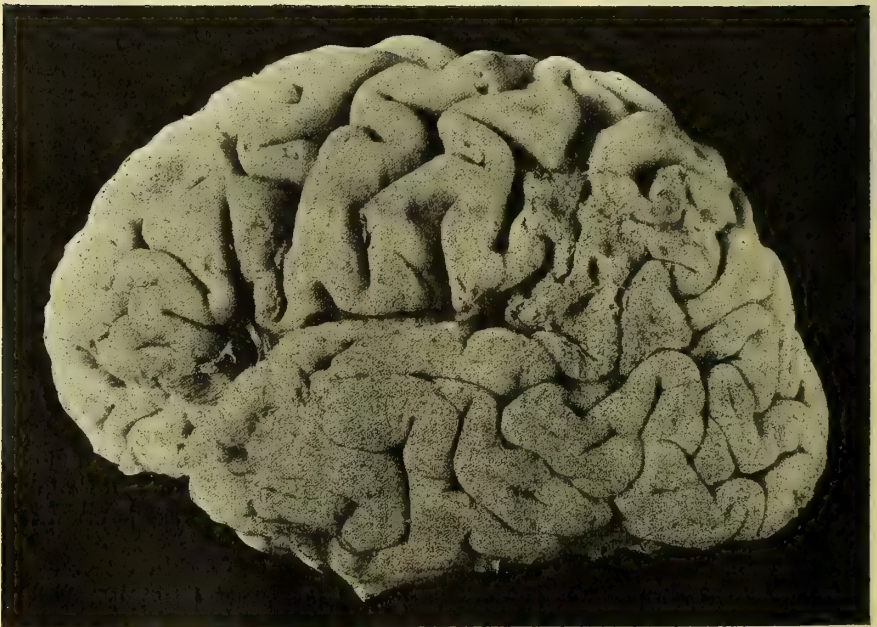


Fig. 73. — Hémisphère gauche.

Lésions méningo-cérébrales, de nature paralytique, atrophiques et ulcéreuses, remarquablement prédominantes, en des foyers symétriques, sur les deux hémisphères, dans la région postérieure du gyrus supramarginalis (forme sensorielle de la paralysie générale) (Sérieux). (*Figures extraites de la Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* juillet-août 1902). (Collection Sérieux).

ginalis (fig. 72 et 73). Les symptômes d'irritation et de déficit, dans la sphère corticale de l'audition, étaient nettement en rapport, dans ce cas, avec le siège des lésions. P. Sérieux exprime l'opinion que les hallucinations sont très fréquentes chez les paralytiques, en dehors de toute influence toxique, et qu'elles jouent souvent un rôle important dans la genèse et l'orientation des délires paralytiques.

Peyre[1] a insisté, dans sa thèse, sur la fréquence possible des hallucinations dans la paralysie générale. Il en cite des observations intéressantes, et conclut à la fréquence plus grande du symptôme à la période initiale et dans les formes mélancoliques de l'affection.

J'ai observé une paralytique borgne, qui avait subi pour une ophtalmie traumatique l'énucléation de l'œil gauche, et dont l'œil droit, atteint de kératite interstitielle, était fonctionnellement presque perdu. Cette malade, alcoolique, mais à la diète d'alcool depuis plusieurs mois, paralytique générale avancée, présentait de fréquentes hallucinations visuelles, peut-être en rapport avec l'irritation sensorielle périphérique, transmise de ses yeux malades aux centres : l'alcoolisme jouait sans doute son rôle dans le syndrome hallucinatoire. La malade, profondément démente, suivait dans l'air des formes mouvantes et colorées, des flammes, des animaux, dont le spectacle provoquait sur son faciès les réactions mimiques les plus variées. La nuit sensorielle et psychique, dans laquelle vivait cette démente presque aveugle, s'éclairait par instants à ces visions, et le visage de la malade prenait alors une curieuse expression (fig. 74 et 75).

Parfois, les hallucinations, intéressant tous les sens, sont tellement multiples et incessantes qu'elles développent un état de confusion hallucinatoire, avec réactions maniaques[2].

Tous ces faits autorisent à distinguer une *variété sensorielle* de paralysie générale (Sérieux et Mignot[3]) correspondant à la *variété atypique* de Lissauer et Alzheimer, et caractérisée par la prédominance des troubles sensoriels et aphasiques, par excitation ou paralysie : aphasie motrice ou sensorielle, hallucinations motrices verbales, hallucinations de l'ouïe, de la vue, hémianopsie, etc. Les lésions, dans ces cas, prédominent sur l'écorce moyenne et postérieure et revêtent une intensité parfois peu commune (séparation de l'écorce et de la substance blanche, lésion de Baillarger) (Jamet)[4].

Les *obsessions*, les *phobies*, les *impulsions*, qui ne s'observent que très exceptionnellement, au début de la maladie, chez des dégénérés, ne font pas partie du tableau clinique de la paralysie générale.

J'ai insisté, à plusieurs reprises, sur le caractère pathologique et les conséquences médico-légales des *actes* des paralytiques généraux. D'intéressantes

[1] J. Peyre. Étude sur les hallucinations dans la paralysie générale. Th. de Montpellier, 1896.

[2] P. Sérieux. *Loc. cit.*

[3] Sérieux et Mignot. *Soc. méd. psychologique*, avril 1902.

[4] Jamet. Des hallucinations dans la paralysie générale. Th. Paris, 1902.

études[1] ont été publiées sur le *délire des actes* dans la paralysie générale. Le mécanisme pathogénique qui les conditionne peut varier suivant les cas : il se ramène en dernière analyse à l'affaiblissement démentiel, qui permet le passage immédiat à l'acte d'une idée, délirante ou non, consécutive ou non à une hallucination, et qui se présente le plus souvent sans liens véritables



Fig. 74. — Paralytique générale, alcoolique, presque aveugle (œil gauche énucléé, œil droit atteint de kératite interstitielle diffuse). Hallucinations visuelles fréquentes, vagues, imprécises, mais colorées, mouvantes, de nature plutôt agréable, que la malade suit du regard, en marmottant d'inintelligibles paroles (collection Dupré).

avec la personnalité du malade. On peut, à l'exemple de Truelle[2], les diviser en *actes démentiels* et *actes délirants*, en rappelant que les seconds participent aussi au caractère démentiel de la mentalité du malade, mais paraissent plus directement déduits d'une idée délirante.

Un des mobiles les plus fréquents du délire des actes, est l'excitation sexuelle. Celle-ci a pour conséquences des scandales domestiques, de graves attentats aux mœurs, des aventures amoureuses, des enlèvements, des duels. La vie de café, chez des malades déjà excitables et intolérants pour l'alcool,

[1] Darde. Du délire des actes dans la paralysie générale. Th. Paris, 1874.
Fautineau. Des impulsions au cours de la paralysie générale. Th. Paris, 1883.
Liautaud. Du délire des actes dans la paralysie générale. Th. Paris, 1892.

[2] V. Truelle. Considérations sur le délire des actes dans la paralysie générale. *Soc. med. psychol.*, 24 juin 1901.

entraîne des querelles, des injures, des coups, de la rébellion vis-à-vis des agents et des condamnations à l'amende et à la prison qui sont prononcées pour cause d'ivrognerie (Krafft-Ebing).

Ces faits sont très fréquents dans les grandes villes, où sont réunis autour du paralytique, au début de son affection, tous les éléments d'excitation, de



Fig. 75. — Même malade que figure 74.

surmenage et d'intoxication qui, en stimulant sans cesse son éréthisme cérébral, éveillent ses appétits morbides, et provoquent le désordre des actes. Ces malades sont des sujets d'observation courante à l'Infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de Police, où les amènent, au début même de leur affection, ces écarts de conduite, qui éclatent chez eux comme la première réaction pathologique apparente d'une personnalité déjà profondément déchue et irresponsable.

B. **Symptômes somatiques.** — Les signes physiques de la paralysie générale sont des plus importants à connaître : ils sont nombreux, variés et d'une haute valeur diagnostique. Tous relèvent, soit : d'une ataxie parétique et

tremblante, généralisée, progressive, de la motilité, prédominant dans la sphère des fonctions musculaires délicates et complexes, comme le langage parlé et écrit, les fins mouvements des doigts, la démarche ; soit de l'ophtalmoplégie interne progressive ; soit de troubles accessoires de la sensibilité, de la nutrition ou des réflexes ; soit de désordres encore plus contingents, du côté des viscères et des grands appareils.

Troubles de la motilité. — Ceux-ci comprennent l'ataxie et le tremblement des membres, de la face et de la langue, les troubles de l'élocution et de l'écriture.

L'affaiblissement et l'incoordination des incitations psycho-motrices émanées de l'écorce engendrent à la périphérie le *tremblement des muscles*. Ce tremblement, nul au repos, est menu, rapide (6 à 8 vibrations par seconde) et proportionnel à l'effort volontaire développé. Il est appréciable aux mains dans l'attitude du serment ; aux doigts, où il se révèle dans la maladresse des mouvements, et où il entraîne des conséquences professionnelles d'autant plus précoces, que les malades ont des métiers qui exigent plus d'habileté manuelle (horlogers, dessinateurs, couturières) ; parfois, il est plus précoce aux membres qui ont été, lors de la période prodromique, le siège d'épilepsie sensitive (Ballet et Blocq). Il se révèle surtout par l'examen de la langue et de la moitié inférieure de la face, et par l'étude de l'écriture.

Nul au repos, le *tremblement labio-lingual* se manifeste dès que le malade commence non pas à parler, mais à vouloir parler : on observe alors, au niveau des zygomatiques, des élévateurs des lèvres et des muscles du menton, de petites secousses fibrillaires, irrégulières, bilatérales mais non synchrones, qui s'accentuent encore au moment de l'ouverture de la bouche et de l'émission des premiers mots.

En faisant tirer la langue, on constate, surtout si l'on ordonne au malade de la tenir tirée longtemps et bien longue, l'existence de petites trémulations sous-muqueuses, parcellaires, fibrillaires, assez lentes (tremblement vermiculaire de Baillarger). Au tremblement labio-lingual s'ajoute, dans le même département fonctionnel, l'ataxie motrice, qui se traduit par des secousses irrégulières d'une partie ou de la totalité de la musculature linguale ; alternativement projetée au dehors et rentrée dans la bouche, la langue offre alors des décharges particulières, brusques, caractéristiques, des *mouvements de trombone* (Magnan).

E. Fournier[1], dans sa thèse, insiste sur la précocité du tremblement lingual, sa permanence au cours des rémissions, et distingue : le tremblement fibrillaire, le mouvement ataxique et le mouvement en masse, clonique et spasmodique ; trois éléments qu'on peut observer isolés ou associés.

Parésie, ataxie, spasme et tremblement, au niveau de la musculature labio-linguale, comme au niveau des membres, sont ici quatre éléments symp-

[1] E. Fournier (d'Arces). De la valeur séméiologique du tremblement de la langue dans la paralysie générale. Th. Paris, 1895.

tomatiques, que l'observation montre toujours associés, et qui reconnaissent une même pathogénie corticale.

On met bien en évidence les caractères de ces troubles par la méthode graphique, selon les procédés et avec les appareils de Chambard et de Leffilliatre (fig. 76). Ces études, et notamment l'exploration dynamométrique comparée, ont montré la constance d'un certain degré de parésie dans les muscles

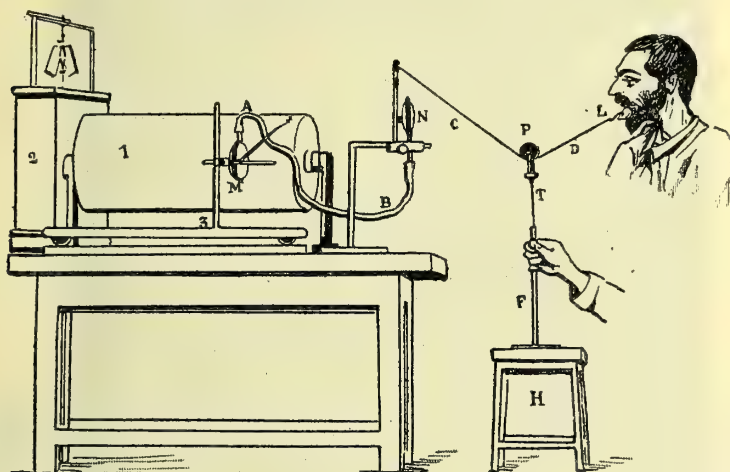


Fig. 76. — Appareil enregistreur du tremblement de la langue.

L, hameçon spécial se fixant à la muqueuse linguale. — *C D*, fil de crin. — *P*, poulie en bois très légère. — *T*, tige supportant la poulie et pouvant glisser par son propre poids dans un tube de melchior *F*. — H, tabouret supportant le tube. — *N*, tambour de Marey spécial. — *M*, tambour de Marey enregistreur. — *A*, *B*, tube de caoutchouc (transmission). — 1, cylindre enregistreur. — 2, mouvement d'horlogerie de M. Verdin. — 3, chariot supportant le tambour *M* et permettant ses déplacements parallèlement au cylindre.

tremblants et ataxiques. Au niveau de la langue et de la bouche, cette ataxie parétique et tremblante concourt pour une part considérable aux troubles dysarthriques (fig. 80 et 81).

Au niveau du membre supérieur droit, elle se révèle par des altérations caractéristiques de l'écriture.

Aux membres inférieurs, elle se traduit par des *troubles de la marche* qui est raide, gauche, trébuchante, incertaine, mal équilibrée, faite de mouvements brusques, de décharges saccadées. C'est le type *paralytique et titubant* des dysbasies de Blocq[1], qui compare la marche hésitante et embarrassée des paralytiques généraux à l'allure conventionnelle des acteurs dans une obscurité supposée. Il existe aussi parfois des roideurs musculaires et même des contractures, avec exagération des réflexes, qui témoignent de l'excitation du système pyramidal. Lorsque la paralysie générale se complique de myélite chronique, de nouveaux désordres de la marche apparaissent.

[1] P. Blocq. Des troubles de la marche dans les maladies nerveuses. *Bibl. Charcot-Debove*, 1894.

Les *paralysies musculaires* complètes et permanentes ne s'observent pas dans la paralysie générale : lorsque l'on constate de la paralysie, sous forme

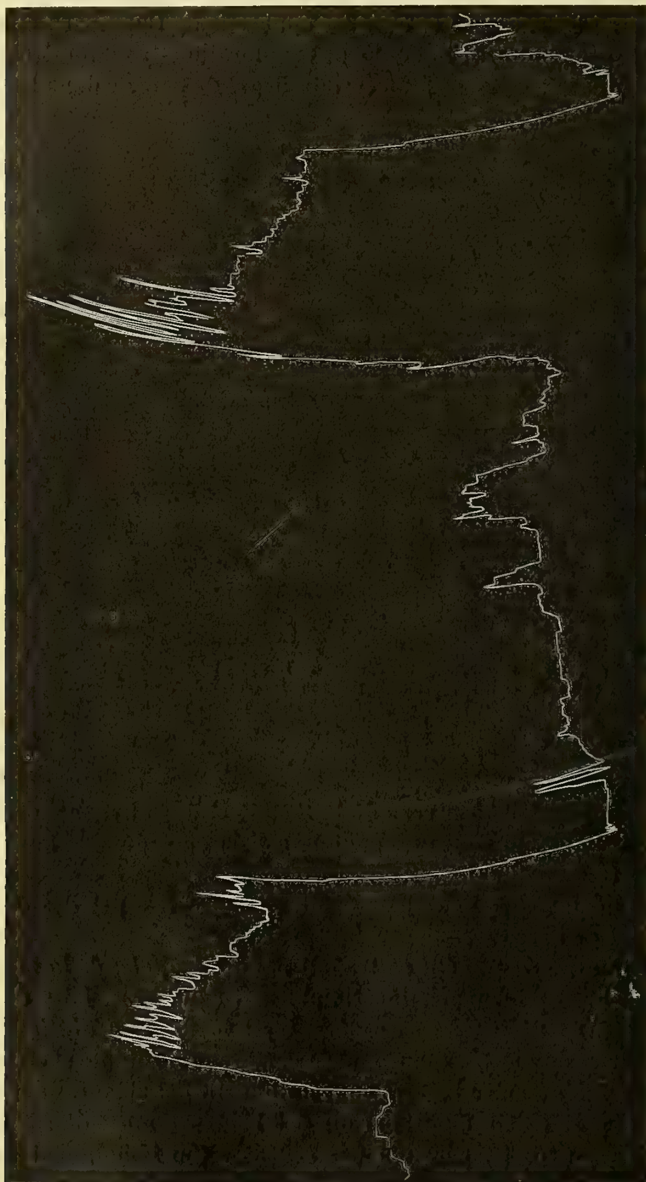


Fig. 77. — Contraction musculaire dans la paralysie générale (Chambard).

hémiplégique, monoplégique, aphasique, c'est à titre incomplet, transitoire, et à la suite d'un ictus. Parfois, certains membres semblent paralysés ; mais à un examen soigneux, on constate que les muscles sont roides, contractés,

et qu'à l'aide de certains artifices, il est possible de provoquer, sur ces membres en apparence paralysés, tous les mouvements physiologiques. Il s'agit, en

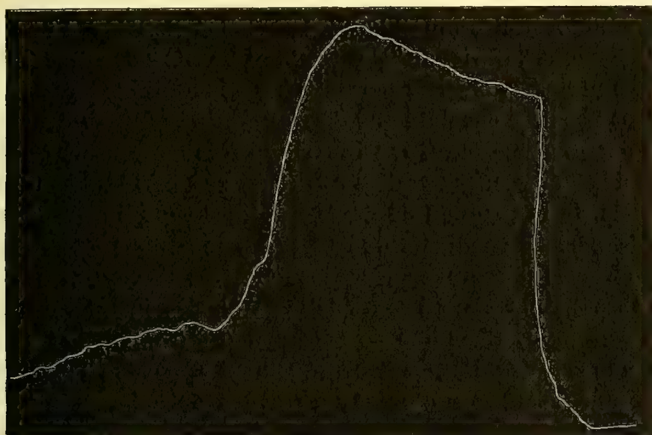


Fig. 78. Contraction musculaire normale.

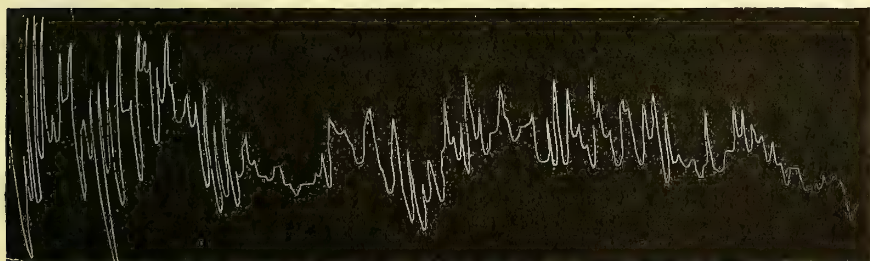


Fig. 79. — Tremblement de la main dans l'attitude du serment. Décharges musculaires irrégulières.



Fig. 80. — Langue au repos dans l'intérieur de la bouche.

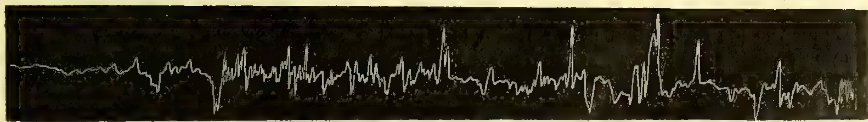


Fig. 81. — Tremblement de la langue (langue hors de la bouche).

pareil cas, de paralysies psychiques par amnésie relative des images kinesthésiques, dans un cerveau appauvri dans son activité, rétréci dans sa cons-

cience et obnubilé par l'ictus, à la suite duquel on observe ces phénomènes. Arnaud [1] a bien insisté sur le caractère de ces pseudo-paralysies spasmodiques.

La contractilité électro-musculaire, d'après les recherches de Duchenne [2], Brierre de Boismont [3], Christian [4] et Chambard [5], reste à peu près intacte même aux dernières périodes, chez les paralytiques généraux.

Cependant Lenzi [6] a constaté une *diminution irrégulièrement répartie de l'excitabilité neuro-musculaire;* l'apparition fréquente de la réaction intermédiaire de dégénérescence (KFC = AFC); et, aux périodes avancées, la formule complète de la réaction de dégénérescence dans un grand nombre de muscles. A la période terminale de l'affection, la parésie s'accentue dans les membres inférieurs et aggrave encore les désastres ataxiques.

On peut obserser parfois, au cours de la paralysie générale, des accès transitoires de *catatonie.* Chez une de mes malades (fig. 60) j'ai eu l'occasion d'assister à une *crise catatonique,* brusquement apparue chez elle en coïncidence avec une *rétention d'urine,* d'ailleurs épisodique, mais complète (2 litres d'urine). L'état cataleptique était développé au maximum, et la malade transformée en mannequin : l'état mental présentait, surajouté au fonds paralytique, une légère stupeur. Dès que la vessie eut été évacuée par le cathétérisme, par un brusque changement à vue, la catatonie disparut, et la malade recouvra son état habituel. Par la suite, ni la catalepsie, ni la rétention d'urine ne récidivèrent. Cette curieuse coïncidence soulève plus d'un problème : la catalepsie était-elle secondaire à l'énorme rétention vésico-uretéro-rénale de l'urine (catalepsie toxique) ; ou la rétention d'urine doit-elle être considérée comme un effet local, sur le muscle vésical, de la catalepsie générale ? La solution de la crise catatonique par l'évacuation de la vessie est, en l'espèce, une intéressante constatation. J'ajoute qu'il n'existait chez la malade aucune raison, antérieure ou actuelle, de soupçonner, chez une démente d'ailleurs assez avancée, l'intervention de l'hystérie dans le processus morbide.

Troubles de la parole et de l'écriture. — Des troubles de la motilité, ce sont de beaucoup les plus importants, à cause de leur constance, de leur précocité, et de leur caractère souvent pathognomonique.

[1] F.-L. Arnaud. *Ann. méd. psych.,* janvier 1897. — *Arch. de neurologie,* juin 1897.

[2] Duchenne (de Boulogne). Électrisation localisée, 2e édition. Article : Paralysie générale spinale.

[3] Brierre de Boismont. Diagnostic différentiel des diverses espèces de paralysie générale (*Ann. méd. psychol.,* 1850, p. 603).

[4] Christian. De la nature des troubles musculaires dans la paralysie générale (*Ann. méd. psych.,* 1879).

[5] Chambard. Recherches sur le tremblement et l'ataxie des paralytiques généraux. *Revue scientifique,* 1881.

[6] Lenzi. Della reazione elettrica nerveo musculare nella paralisi generale progressiva degli alienati. *Ann. di Nevrologia,* 1899.

Troubles de la parole. — Ballet et Blocq en ont fait une excellente classification, inspirée des travaux de Séglas[1]. Ce dernier auteur distingue, dans le langage des aliénés, trois grandes catégories : les *dyslogies*, dues aux troubles intellectuels, les *dysphasies*, dues aux troubles de la fonction du langage, et les *dyslalies* dues aux troubles de l'émission, de l'articulation des mots.

Ballet et Blocq distinguent également, chez le paralytique général, les *dyslogies*, les *dysphasies* et les *dysarthries :* la dyslalie étant surtout, en l'espèce, un trouble dans l'articulation verbale.

Les *dyslogies*, d'origine mentale, traduisent, dans le langage, la nature des troubles psychiques. Le débit est rapide, abondant, sonore, emphatique, etc., dans les formes expansives; lent, bas, et rare, ou absent (mutisme) dans les formes dépressives. L'illogisme, l'incorrection, les modifications de la syntaxe, du contenu, ne sont que la conséquence de l'affaiblissement démentiel ou l'expression du délire.

On note assez souvent de la *paralexie* et de la *paragraphie :* les malades, sans être aphasiques, faussent les mots en les lisant ou en les écrivant, ajoutent ou retranchent certaines expressions, etc.

Les *dysphasies*, d'origine corticale, relativement rares, reconnaissent la même pathogénie que les troubles aphasiques ordinaires, de nature organique ou spasmodique. Elles accompagnent souvent la migraine ophtalmique, et apparaissent à la suite des ictus de la période prodromique. L'aphasie, qui peut être sensorielle, est le plus souvent motrice, et relève soit d'une lésion en foyer compliquant le processus anatomique diffus de la maladie fondamentale; soit, ainsi qu'en témoignent plusieurs observations de P. Sérieux[2], de Joffroy, d'un foyer maximum de méningo-encéphalite intéressant tel ou tel centre; dans ces derniers cas, la lésion maximum au niveau de la première temporale gauche, avait déterminé de la surdité verbale.

Les *dysarthries*, ou *dyslalies* (Séglas) d'origine ataxo-parétique, sont les troubles neuro-musculaires pathognomoniques de la paralysie générale. Causées par les lésions de l'écorce, elles relèvent d'un trouble, non pas de la mémoire verbale, mais de l'émission psychomotrice du mot. La dysarthrie paralytique ne s'observe, au début de l'affection, que par intermittences rares, lorsque le malade est fatigué, ému, ou à propos de l'élocution des mots longs et difficiles. Pour déceler de bonne heure le symptôme, il faut donc faire parler le malade longuement, lui faire lire une ou deux pages de suite, ou le prier de prononcer quelques-uns de ces *mots d'épreuve*, qu'on fera répéter plusieurs fois de suite (anticonstitutionnellement, inamovibilité de la magistrature, transubstantiation incompréhensible de la personnalité, etc., etc.) On constate alors une légère hésitation, un petit arrêt, un faux pas intermittent, un accroc de la parole. On entend une répétition (empe...pe...reur), un achoppement (emp....,pereur), une élision (anticons..tutionnellement), une inver-

[1] J. Séglas. Les troubles du langage (*loc. cit.*).

[2] P. Sérieux. Un cas de surdité verbale chez un paralytique général. *Soc. de Neurologie*, 8 mars 1900. Observation analogue. *Soc, de Neurologie*, 1902.

sion (antuticonstitionnellement) syllabique. A un degré de plus, on constate du bredouillement, du balbutiement; les mots sont mutilés, inachevés, les syllabes brouillées : le langage devient difficilement compréhensible. De plus, la parole est traînante, le débit hésitant, suspendu, ânonnant; et, tandis que l'oreille enregistre ces signes caractéristiques, l'œil peut suivre, sur le visage du malade, les trémulations fibrillaires et les secousses ataxiques de la région naso-labiale, pendant le travail de l'articulation verbale.

Le phonographe enregistre et rend avec une grande netteté ces altérations de la parole[1] : et on peut faire le diagnostic de la maladie à l'audition d'un rouleau phonographique, au moins aussi sûrement, dans les cas francs, qu'à l'inspection d'un manuscrit du malade. On a aussi noté assez souvent des modifications du timbre de la voix, dus aux troubles de l'innervation laryngée et de la respiration. Séletzxy [2] divise, à cet égard, les troubles de la parole chez les paralytiques, en troubles respiratoires, vocaux et articulaires, isolés ou combinés. J'indiquerai, au chapitre diagnostique, les erreurs à éviter dans l'étude de ces dysarthries.

Troubles de l'écriture. — Comme ceux de la parole, ces troubles sont d'origine multiple, et d'une haute valeur pathognomonique. Les uns relèvent des perturbations mentales de la maladie : *analogue aux dyslogies* plus haut étudiées, ils ont été fort heureusement classés par le Pr Joffroy [3] sous la rubrique de *troubles psychographiques :* ils représentent, dans les écrits, les stigmates psychiques de la démence et des délires. Ce sont les omissions et les répétitions de lettres, de syllabes, de mots; les fautes d'orthographe et de grammaire, les ratures, etc. Ce sont les modifications du style, les expressions singulières, hyperboliques, etc., les titres ajoutés à la signature : ce sont les stigmates graphologiques des différents états affectifs ou délirants des malades (excitation, dépression, mégalomanie, etc); tels que l'amplification des majuscules, la direction ascendante ou descendante des lignes, l'abus ou l'emploi illogique de certains signes, auxquels le malade attribue une valeur particulière, etc. Il faut ajouter à ces stigmates graphiques d'ordre psychique, le choix du papier sur lequel écrit le malade. Des lettres adressées à des personnages (ministres, préfets, etc.) sont écrites sur de sales morceaux de papier, sur des débris d'enveloppes, des manchettes de journaux, etc. Ce sont là des marques de déchéance morale, d'oubli du savoir-vivre, qui sont frappantes, surtout chez les sujets auparavant rigoristes ou scrupuleux.

Les autres troubles, *analogues aux dysarthies* du langage, relèvent des perturbations motrices, de l'ataxie et de la parésie neuromusculaires, d'ori-

[1] Dupont. Démonstrations publiques à la section de Neurologie du *Congrès international de médecine*, Paris, 1900.

[2] Séletzxy. Étude systématique et clinique des troubles de la parole dans la paralysie générale. *Questions russes de médecine neuro-psychique*, 1900.

[3] Joffroy. Lec. inéd. faite à Sainte-Anne le 20 janvier 1894, recueillie par E. Mesley et citée dans sa thèse. Paris, 1899.

On appelle fusil la pièce
d'acier le silex pour en
faire jaillir des étincelles
d'où le nom de pierre à
fusil donné à silex.
Après l'envoi de la
poudre de ce moyen pour
y mettre le feu, d'où le nom
des noms d'armes à feu. Le
morceau d'arceau recourbé
appelé chien du fusil, poussé
par la gachette venait
frapper contre le morceau de
silex ; les morceaux mettaient
le feu à la feu.

Fig. 82. — Paralysie générale (collection Bergé).

TEXTE DICTÉ (Les mots en italique sont les mots omis ou dénaturés par le malade).

On appelle fusil la pièce d'acier *qui sert à frapper* le silex pour en faire jaillir des étincelles d'où le nom de pierre à fusil donné *au* silex.

Après l'*invention* de la poudre *à canon, on s'est servi d'abord* de ce moyen pour y mettre le feu; d'où le nom *de fusil donné aux* armes à feu. Le morceau *d'acier* recourbé, appelé chien du fusil, poussé par la gâchette, venait frapper contre le morceau de silex; les *étincelles mettaient* le feu à la *poudre*.

Ce spécimen qui présente les caractères opposés à ceux du suivant (fig. 83) montre les *stigmates psychographiques démentiels* (omission et dénaturation inconscientes des mots), beaucoup plus accusés que les *stigmates calligraphiques*, ici relativement rares. Comparer les deux spécimens 82 et 90, obtenus à trois mois d'intervalle par le Dr Bergé, chez le même paralytique, auquel il a lentement dicté ces quelques lignes extraites d'un journal.

gine corticale, qui altèrent l'émission graphique des mots. Le Pr Joffroy les oppose, sous la rubrique de *troubles calligraphiques*, aux troubles psycho-

Les grandes manoeuvres qui viennent de se terminer dans le Sud-Ouest sous la direction du Général Brugère et auquel le 16e corps d'armée a participé ont été marquées par ce fait plus encore que les années précédentes il y a été fait un emploi judicieux de l'automobile.

Fig. 83. — Paralysie générale datant d'environ 2 ans (collection Bergé).

Remarquer ici, comme dans la figure 86, l'irrégularité onduleuse des lignes, le caractère tremblé, inégal, etc., des traits, l'aspect sénile de l'écriture (le malade a 40 ans). Noter l'absence de toute faute, de tout *stigmate psychographique* de démence, qui contraste avec l'exagération des *stigmates calligraphiques* (Joffroy). Cette figure est intéressante à comparer à la figure 82, qui présente des caractères opposés.

graphiques plus haut indiqués. Ils représentent dans les écrits, les stigmates

Je m'appelle L. B

J'ai tel âge Je suis détaché à l'Etat-Major de la 27e Division d'Infie à Grenoble.

L B

Fig. 84. — Paralysie générale progressive, datant d'environ un an. (Collection Dupré.)

Remarquer ici : un très léger tremblement, quelque incertitude dans le tracé de certaines lettres (troubles moteurs peu accentués); et le début de la phrase. Invité par moi à écrire son nom, son âge et sa profession, dans les termes suivants : « Ecrivez : Je m'appelle L... B..., j'ai tel âge, je suis... et vous détaillerez votre grade et vos fonctions dans l'armée. », le malade a écrit servilement, sous dictée, dans l'automatisme échographique, la première partie de la phrase, notamment « j'ai tel âge ». La seconde partie n'est si bien venue, malgré sa longueur, que grâce à l'habitude professionnelle de sa rédaction et à la mise en jeu de l'automatisme psychologique (troubles psychiques, démentiels, très profonds).

graphiques de l'ataxoparésie psychomotrice de la paralysie générale et se révè-

Fig. 85. — Paralysie générale progressive datant d'environ 18 mois. (Collection Dupré.)

Remarquer ici l'illogisme et le décousu des pensées; le caractère dysharmonique général de l'écriture ; le désordre, l'inversion, la répétition des syllabes ; en essayant d'écrire le mot « anticonstitutionnellement », le malade a donné l'équivalent graphique fidèle de la dysarthrie paralytique. Quelques phrases rappellent les lectures favorites du malade, redacteur de journaux anarchistes.

lent par des altérations, progressivement croissantes, du tracé de l'écriture : au début, ils sont presque imperceptibles et ne compromettent pas sensiblement l'harmonie générale des écrits : peu à peu, ils se marquent par le tremblement des déliés, des longs jambages; la confusion dans le dessin des lettres, etc. A une période plus avancée, l'écriture, semée de taches, est faite de

Fig. 86. — Paralysie générale (début remontant à 6 mois), 26 septembre 1884. (Collection Ballet.)

Remarquer ici l'irrégularité onduleuse des lignes, le tremblement menu, rapide et inégal des traits, le caractère sénile de l'aspect général de l'écriture (le malade a 35 ans).

lignes inégales, non parallèles, parfois enjambant les unes sur les autres; de lettres confuses, irrégulières, aux traits anguleux et brisés, aux jambages finement tremblés; aux déliés sinueux, en zigzags, etc. A ces stigmates graphiques s'ajoutent les stigmates psychiques de la démence ou des délires, et se complète ainsi tout un *ensemble graphologique,* qui permet souvent à lui seul d'établir la diagnostic de la paralysie générale. On pourra juger de la *graphologie de la paralysie générale* par ces quelques spécimens (fig. 82 à 88) :

Enfin, on peut observer, mais bien plus rarement, des troubles de l'écriture analogues aux dysphasies, à l'aphasie, qui compliquent parfois la paralysie générale. Ces *troubles agraphiques* ou *dysgraphiques* reconnaissent la même pathogénie que les troubles aphasiques chez les paralytiques (lésions en foyer, etc.).

On voit, par cette courte analyse, que les troubles de l'écriture sont exactement et en tous points comparables aux troubles de la parole chez les paralytiques, qu'ils revêtent une *signification diagnostique de premier ordre*, et qu'ils justifient la vérité de cette proposition de l'abbé Michon, le père de la Graphologie : « C'est l'âme qui, directement, écrit et parle : elle se rend visible en un certain degré. »

L'étude des troubles du langage parlé et écrit serait incomplète, si l'on

Fig. 87. — Paralysie générale datant d'environ 3 ans (collection Dupré).

Remarquer ici : le désordre général de l'écriture, la multiplicité des taches d'encre, la confusion et l'incohérence des formes graphiques ; l'oubli des lettres, l'inachèvement des mots et des phrases ; la hauteur démesurée de certaines majuscules ; l'augmentation progressive, du début à la fin de la lettre, de l'ampleur dans les caractères et de l'accentuation des pleins, dans l'expression graphique des idées de grandeur ; les mots, de plus en plus énormes, grandissent avec le délire mégalomaniaque, et le dernier, à lui tout seul, remplit la ligne. Remarquer, dans la signature, outre les idées de grandeur, l'incohérence, l'illogisme et la contradiction dans l'énumération et l'association des qualités (le nom est intermédiaire aux titres ; le malade est sénateur innabile pour inamovible, et empereur de Russie) ; le caractère d'absurdité déplacée, et de naïve expression du post-scriptum.

Cette lettre, par la réunion des stigmates calligraphiques et psychographiques qu'elle présente, est un véritable spécimen graphologique de la paralysie générale.

ne mentionnait pas, à sa suite, l'étude de la *réaction psychique du malade mis en présence des désordres pathologiques de son langage.* En face des preuves les plus positives des imperfections flagrantes de son débit verbal ou de son écriture, le paralytique ne manifeste ni étonnement ni impatience, ni

Fig. 88. — Paralysie générale, datant de 4 ans, avec association de lésions médullaires. (Collection Dupré.)

Remarquer ici la direction descendante des lignes, en rapport avec la dépression morale profonde du sujet, demi-conscient de son état; le tremblement des traits; l'amorphisme de certaines lettres; l'accentuation rapide des troubles généraux de l'écriture, sous l'influence de la fatigue. (Le malade est mort six mois après avoir écrit ces lignes, dans l'agitation maniaque subaiguë.)

honte ni regret; souvent même il en rit et prend les choses avec une insouciance et une gaîté absolument caractéristiques; souvent aussi, il donne, des oublis ou des fautes qu'il vient de commettre, des explications d'une puérilité et d'une niaiserie misérables; il s'efforce d'ailleurs de les corriger avec autant

de bonne grâce que de maladresse, et, loin de s'irriter et de se fâcher avec son interlocuteur, se montre bien digne de la réputation classique qu'on lui a faite de malade « bon enfant ».

Ce sont là les conséquences de la disparition de l'*autocritique,* telles qu'elles doivent toujours être recherchées chez le paralytique général. Celui-ci n'a vraiment fourni la preuve péremptoire de la nature paralytique de ses symptômes, que si, en dépit des efforts qu'on fait pour solliciter son attention et émouvoir son sentiment, il reste indifférent devant les symptômes qu'on lui fait remarquer.

Troubles visuels[1]. — Ces troubles, qui, d'après l'ensemble des statistiques réunies des auteurs, sont à peu près constants (plus de 80 p. 100 des cas), peuvent porter sur toutes les parties constitutives de l'appareil visuel : musculature externe et interne, nerf optique et fond de l'œil. Les premiers appartiennent, pour la plupart, à la série des troubles musculaires de la maladie, ainsi que le remarque judicieusement Ballet, puisqu'ils se résument dans une ophtalmoplégie interne, graduelle et progressive, bilatérale, et, en général, asymétrique. Il résulte de cette asymétrie que le signe le plus frappant et le plus fréquent (65 p. 100) du syndrome oculaire de la paralysie générale est *l'inégalité pupillaire*, qu'avaient déjà indiquée Georget[2] Parchappe[3] et Baillarger[4]. Il n'y a d'ailleurs aucune relation à établir, malgré Austin et Duchemin[5], et S. W. Thurnam entre le côté intéressé et la forme de la maladie.

Comme l'inégalité pupillaire est très fréquente en dehors de la paralysie générale, il importe de ne pas s'en tenir à cette constatation, et de rechercher les réactions de l'iris à la lumière et à l'accommodation. En elle-même, en effet, l'inégalité pupillaire, à cause de sa banalité dans les psychoses, n'offre pas de valeur séméiologique véritable (Mignot). La marche régulière de l'altération fonctionnelle est la suivante : d'abord parésie, ensuite paralysie du mouvement de réaction pupillaire à la lumière; puis parésie et ensuite paralysie à l'accommodation. Il existe donc une période, assez longue, pendant laquelle on peut constater, d'un côté ou des deux côtés, l'inertie de la pupille à la lumière, et la conservation du réflexe irien à l'accommodation. C'est cette dissociation (absence du réflexe lumineux et persistance du réflexe accommodateur) qui constitue le signe d'Argyll Robertson (1869). Ce signe se retrouve d'ailleurs dans le tabes, où il est permanent. Aux stades avancés de la para-

[1] Consulter, pour les lésions du fond de l'œil, le récent travail de Kéraval et Raviart, sur l'état du fond de l'œil chez les paralytiques généraux (*Congrès de Grenoble,* 1902) dans lequel on trouvera l'historique de la question, une bibliographie complète, des documents cliniques et anatomiques personnels intéressants, qui montrent les relations des constatations ophtalmoscopiques et anatomo-pathologiques chez les mêmes sujets.

[2] Georget. Paralysie musculaire chronique, 1820, *loc. cit.*

[3] Parchappe. Traité théor. et prat. de la folie. 1841. (Obs. 194 et 203).

[4] Baillarger. *Gaz. des hôpitaux,* 1850.

[5] Austin et Duchemin. *Ann. méd. psychol.*, 1862.

[6] Thurnam. *Annales méd. psych.*, 1883 et *The Journal of mental Science*, 1880.

lysie générale, l'ophtalmoplégie interne est totale, et l'inertie pupillaire constante, à toutes les excitations.

Divers auteurs (Morselli, Bechterew, etc.) ont observé la *réaction paradoxale de la pupille* (dilatation à la lumière) avec signe d'A. Robertson. Piltz, et Westphall ont signalé le rétrécissement synergique de la pupille à l'occlusion des paupières.

Il ressort des recherches statistiques de M. Briand, Autheaume et Trénel[1] que l'*irrégularité pupillaire* est presque aussi fréquente que l'inégalité pupillaire ; Joffroy et Schrameck ont insisté sur la précocité et la fréquence de la *déformation pupillaire ;* le *myosis,* deux fois plus fréquent que la mydriase se rencontre environ dans le tiers des cas. L'*hippus* (mobilité spontanée de l'iris, en dehors de toute excitation) a été observé par Vincent[2].

Les différents degrés et les variétés de l'ophtalmoplégie interne paralytique ont été bien schématisés dans le tableau suivant, emprunté à Ballet[3] (fig. 89).

On observe parfois certaines variétés transitoires d'*ophtalmoplégie externe,* la *migraine ophtalmique,* et même exceptionnellement du *nystagmus*[4].

L'*atrophie papillaire,* avec *amblyopie progressive et amaurose* s'observent, conjointement avec des altérations vasculaires du fond de l'œil ; celles-ci, d'après [les constatations de Magnan[5], Gowers[6], Ballet et Jocqs[7], seraient peu fréquentes. Certaines de ces lésions (atrophie papillaire, paralysies musculaires du globe, etc.) sont à rapprocher des altérations analogues observées chez les tabétiques et les tabétisants (Pierre Marie)[8]. La sclérose du nerf optique serait plutôt insulaire dans l'atrophie tabétique et annulaire dans l'atrophie paralytique (Kéraval et Raviart).

La rareté relative de l'atrophie papillaire dans la paralysie générale contraste avec sa fréquence dans le tabes. Klippel[9] explique le fait par l'électivité différente des deux maladies vis-à-vis des systèmes de neurones sensitifs : le tabes attaquant primitivement la téléneurone sensitif, la paralysie générale ne l'atteignant que rarement et indirectement, par propagation de la dégénérescence de neurone à neurone.

Le récent travail de Kéraval et Raviart montre, en réalité, que les lésions du fond de l'œil sont, dans la paralysie générale, plus précoces et plus fréquentes que ne le pensaient les anciens auteurs. Elles revêtent, anatomique-

[1] M. Briand, A. Antheaume et M. Trénel. Étude statistique des modifications de la réflectivité dans les différentes périodes de la paralysie générale. *Société médico-psychologique,* 26 février 1894.

[2] Vincent. Troubles pupillaires dans la paralysiegénérale. Thèse Paris, 1877.

[3] G. Ballet. *Progrès médical,*10 juin 1893 et VI[e] volume du Traité de Charcot-Bouchard.

[4] A. Marie. Troubles oculaires dans laparalysie générale. Th. Paris, 1890.

[5] Magnan. *Gaz. des Hôpitaux,* 1868. Recherches sur les centres nerveux, 1892.

[6] Ballet. Article : Paralysie générale. *Traité de Charcot-Bouchard.*

[7] Gowers. A Manual and Atlas of med. Ophtalm. London, 1879.

[8] P. Marie. L'atrophie papillaire des tabétisants. Sect. de Neurologie. *Congrès international de médecine,* Paris, août 1900.

[9] Klippel. Les neurones et les lois fondamentales de leurs dégénérescences. *Archiv. de Neurologie,* 1896, n° 6.

ment et cliniquement, l'aspect et l'allure des névrorétinites alcoolique, syphilitique et tabétique. On sait d'ailleurs la fréquence de ces tares pathologiques chez les paralytiques généraux. Les malades de Kéraval n'étaient pas tabétiques, mais presque tous alcooliques et quelques-uns anciens syphilitiques.

Le *réflexe palpébral* est toujours conservé, parfois exagéré (blépharospasme réflexe).

La question des troubles pupillaires dans la paralysie générale a été fort

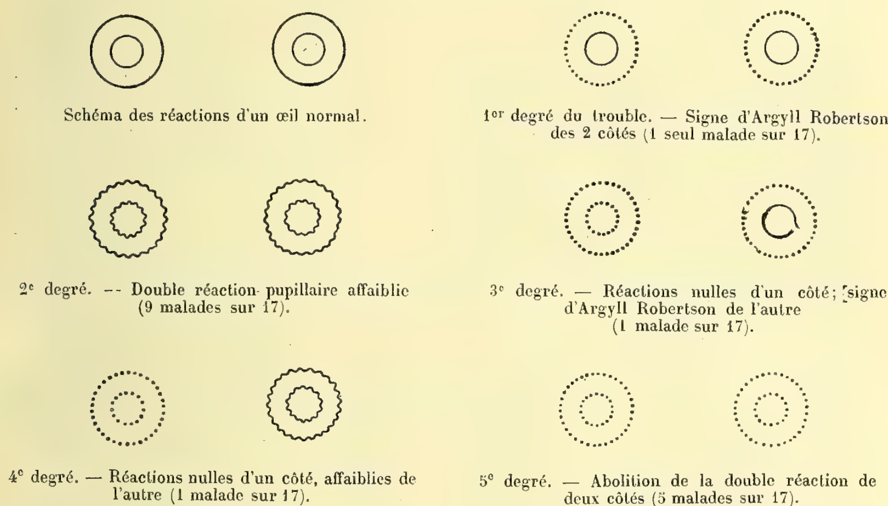


Fig. 89. — Schémas résumant les troubles pupillaires chez dix-sept paralytiques. Le cercle externe représente la réaction de la pupille à la lumière; le cercle interne la réaction à l'accommodation.—Nous représentons conventionnellement par un trait plein la réaction *normale*, par un trait ondulé la réaction *affaiblie*, par un trait pointillé la réaction *nulle*. (D'après G. Ballet.)

bien exposée et discutée par Mignot[1] dans un travail très documenté et très critique. Les conclusions de l'auteur, relatives à la paralysie générale, sont les suivantes :

Les troubles pupillaires, sans préjuger de leur fréquence, de leur intensité, de leur nature, ne sont spéciaux à aucune forme d'aliénation mentale. Dans la paralysie générale, ils sont seulement plus stables et plus graves que partout ailleurs, et ils subissent presque toujours, en vertu de leur origine organique, une évolution progressive. On observe, dans le résultat des statistiques faites par les divers auteurs, des divergences énormes, qui tiennent à la différence : du coefficient de l'appréciation personnelle; des techniques employées, pour l'examen des pupilles; et des malades observés, aux stades successifs de

[1] R. Mignot. Contribution à l'étude des troubles pupillaires dans quelques maladies mentales. Thèse Paris, 1900.

l'évolution paralytique. Confirmant les conclusions de Mignot, Marandon de Montyel[1] établit l'extrême fréquence (80 p. 100) des troubles pupillaires chez les vésaniques, en dehors de toute paralysie générale.

Piltz[2], dans une longue suite de recherches, a constaté toute une série de réflexes pupillaires nouveaux; je me borne à les signaler ici; parce que, si l'auteur a constaté la plupart d'entre eux chez quelques paralytiques généraux, il résulte de ses conclusions qu'aucun de ces réflexes (paradoxal, psychique, etc.,) n'est particulier à la paralysie générale.

Tous ces symptômes pupillaires peuvent d'ailleurs s'observer dans le tabes; et récemment, Babinski[3], et son élève Charpentier[4], ont élargi encore le domaine pathologique d'observation des troubles de la réflectivité irienne, en montrant que la rigidité pupillaire et le signe d'A. Robertson se constataient assez fréquemment, en dehors de tout autre signe tabétique ou paralytique, chez d'anciens syphilitiques. Et comme, d'un autre côté, on peut observer, chez ces anciens syphilitiques à réflectivité irienne troublée, soit l'existence d'un autre signe tabétique (abolition uni- ou bilatérale du réflexe rotulien ou achilléen, troubles vésicaux, etc.), soit même l'évolution ultérieure tardive de la paralysie générale ou du tabes, Babinski et Charpentier inclinent à attribuer ces troubles pupillaires à l'imprégnation du système nerveux par le poison syphilitique et à les considérer comme des prodromes, frustes et longtemps isolés, d'affection syphilitique ou parasyphilitique tardive du névraxe (tabes, paralysie générale, encéphalomyélopathies). Seule, l'observation longtemps prolongée de ces anciens syphilitiques iridoplégiques pourra confirmer l'hypothèse de Babinski et donner alors une haute valeur pronostique à l'examen de la pupille. Mes constatations personnelles concordent absolument avec les observations de Babinski. Cette intéressante notion a été encore confirmée depuis, par les recherches d'autres observateurs et les relations, établies par Babinski et Vaquez, entre l'inégalité pupillaire et les ectasies aortiques (syndrôme de Babinski[5]).

L'intérêt de ces relations, cliniquement établies, entre le signe d'A. Robertson et la syphilis nerveuse fruste, s'augmente encore des données positives du cyto-diagnostic céphalo-rachidien dans beaucoup de ces cas (Widal, Babinski). Les récentes recherches du Pr de Lapersonne[6] ont montré d'ailleurs l'existence de la lymphocytose céphalo-rachidienne dans les névrites optiques de la syphilis.

[1] M. de Montyel. Des troubles et des déformations pupillaires chez les Vésaniques. *Presse médicale*, 18 septembre 1901.

[2] Piltz (de Varsovie). Du réflexe pupillaire psychique (par évocation). *Neurolog. Centralblatt*, juin 1899. — Sur les nouveaux signes pupillaires dans le tabes dorsal. *Soc. de Neurologie de Paris*, juillet 1900.

[3] Babinski. *Soc. méd. des hôpitaux*, 1901.

[4] A. Charpentier. Relations entre les troubles des réflexes pupillaires et la syphilis : étude clinique et statistique. Thèse de Paris, 1899.
Babinski et Charpentier. *Société de Dermatologie*, juillet 1899.

[5] Babinski et Vaquez. *Soc. méd. des Hôpitanx*, 1902.

[6] De Lapersonne, Opin et Le Sourd. *Société de biologie*. Janvier 1903.

Enfin, une notion actuellement bien établie, est celle de l'*intermittence et la variabilité possibles des troubles et de l'inégalité pupillaires*, surtout au début de la paralysie générale. L'observation de Tanzi[1] est probante, à cet égard, et met de plus en évidence le parallélisme des troubles pupillaires et psychiques. Ces variations dépendent très problablement d'influences toxiques, elles-mêmes intermittentes, et sont comparables à celles qu'on observe sous les mêmes influences, dans les psychoses toxiques, le délire aigu, l'alcoolisme, etc. Avec les progrès de l'affection, les troubles pupillaires deviennent définitifs.

Récemment Joffroy et Schrameck[2] ont insisté sur la précocité, la constance et la haute valeur séméiologique de la *déformation des pupilles*, chez les paralytiques, les tabétiques et les vésaniques syphilitiques. La déformation pupillaire marque le début de l'iridoplégie progressive, dont le signe d'Argyll Robertson ne représente qu'un stade plus avancé.

Troubles des réflexes[3] — Les perturbations des réflexes, superficiels et profonds, ont été très étudiées : elles sont, en effet, fréquentes, souvent considérables, et variables, dans leur intensité et leur sens, suivant les formes et les périodes de la maladie. Les conclusions générales qui se dégagent de ces études sont les suivantes :

Les *réflexes tendineux* sont altérés dans l'immense majorité des cas (81 fois sur 100, pour Briand, 86 fois sur 100, pour Renaut). Abolis dans une proportions de 15 à 16 pour 100, ils sont, dans plus des 4/5e des cas, exagérés. Cette exagération qui est la règle, s'observe surtout au début et dans la première période. Elle tend à diminuer avec les progrès de la maladie et l'accentuation de la démence (Renaud). Elle serait plus marquée au niveau des membres supérieurs (Briand, Antheaume et Trénel). Le réflexe massétérin est très souvent exagéré : le réflexe pharyngien est le plus souvent diminué ou aboli. On observerait souvent une sorte de concordance entre le signe d'Argyll Robertson et l'abolition du réflexe patellaire (Mickle). On note aussi, souvent, une certaine asymétrie dans l'altération, à droite et à gauche, des réflexes rotuliens; et ce signe, de constatation simple, est assez précieux pour le diagnostic. Enfin, l'état des réflexes profonds varie suivant la forme de la maladie ; on constate leur exagération dans les formes expansives, spinales spasmodiques ; leur diminution ou abolition, dans les formes

[1] E. Tanzi (de Firenze). Singulare contegno delle pupille in un caso iniziale di paralisi progressiva. *Riv. di patolog. nervosa e mentale*. Septembre 1899.

[2] Joffroy et Schrameck. Soc. de Neurologie, mars 1902.

[3] Consulter: Joffroy. Le réflexe tendineux dans la paralysie générale (*Archives de Physiologie*, 1882). — Joffroy. Le réflexe pharyngien dans la paralysie générale. (*Soc. méd. psych.*, 1893). — Mickle. *Journal of mental Science*, 1882. — Bianchi. *Archiv. ital. par le mal. nerv.*, 1884. — Bettencourt-Rodriguez. De l'état des réflexes chez les paralytiques généraux, 1885. — Renaud. Etude des réflexes dans la paralysie générale (Th. Paris, 1893, n° 214). — Sollier. Les réflexes pharyngien et massetérin dans la paralysie générale. (*Soc. méd. psychol.*, 1893). — Briand, Antheaume et Trénel. *Loc. cit.* — Lire la discussion du 29 janvier 1894 à la *Soc. méd. psychologique* sur ce sujet (Joffroy, Ballet, M. de Montyel, Voisin, etc.).

dépressives, médullaires tabétiques ; de nombreuses influences accessoires peuvent aussi modifier, dans un sens ou dans l'autre, l'état des réflexes ; telles : les intoxications alcoolique, saturnine, diabétique, les névrites concomitantes, les lésions cérébrales en foyer surajoutées à la paralysie générale, etc.

Les *réflexes cutanés*, soumis d'ailleurs aux mêmes variations et aux mêmes influences perturbatrices que les réflexes profonds, sont souvent altérés, tantôt en plus, tantôt en moins. Marandon de Montyel[1] n'a trouvé aucun rapport fixe à établir entre les troubles comparés des réflexes profonds et superficiels, aux différentes périodes de la maladie. Le pharyngien et le crémastérien sont le plus souvent abolis, parfois exagérés chez les alcooliques. Le réflexe des orteils de Babinski, a été peu systématiquement recherché chez les paralytiques généraux : je ne l'ai pas constaté chez les paralytiques exempts de lésions pyramidales, que j'ai observés. Ardin-Deltheil et Rouvière[2] l'ont observé dans la paralysie générale associée à diverses lésions organiques. Charuel[3] l'a constaté enfin dans les paralysies générales avec sclérose latérale ou combinée.

L'étude systématique et comparée des réflexes tendineux et cutanés mériterait d'être reprise, dans les différentes variétés de la paralysie générale, à la lumière des idées émises, dans son dernier travail, par Van Gehuchten[4], sur la distinction entre la nature, les voies et la signification des réflexes profonds, rubro-spinaux, et des réflexes superficiels cortico-spinaux.

Les conclusions du savant rapport de Crocq[5] (de Bruxelles) au Congrès de Limoges, relatives à l'état des tonus et du réflexe dans la paralysie générale, sont les suivantes :

Dans la paralysie générale, il y a tantôt hypotonie, tantôt hypertonie, suivant les cas et les moments de l'examen. L'affaiblissement cortical provoque l'hypotonie ; mais les poussées congestives de même que les lésions encéphaliques donnent lieu à l'éréthisme cortical et à l'hypertonie. D'autre part, les lésions des protoneurones centripètes amènent l'hypotonie et l'irritation des faisceaux pyramidaux produit l'hypertonie.

Au début de la maladie, l'altération anatomique des neurones corticaux donne lieu, d'une part, à l'affaiblissement des réflexes cutanés, par lésion de leurs centres corticaux ; d'autre part, à l'exagération des réflexes tendineux par diminution de l'inhibition corticale. Plus tard, les altérations anato-

[1] Marandon de Montyel. Des troubles comparés du patellaire, du crémastérien et du pharyngien, étudiés chez les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale, (*Presse médicale*, 10 juin 1899).

[2] Ardin-Deltheil et Rouvière. Le réflexe plantaire dans la paralysie générale. *Soc. de Neurologie de Paris*, nov. 1900.

[3] Charuel. Contribution à l'étude du phénomène des orteils. Th. Nancy, 1900.

[4] Van Gehuchten. Rapport sur les réflexes tendineux. *Section de Neurologie*. Congrès international. Paris, août 1900.

[5] J. Crocq (de Bruxelles). Physiologie et pathologie du tonus musculaire, des réflexes et de la contracture. Rapport au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Limoges. Août 1901.

miques se généralisant de plus en plus, les réflexes tendineux et cutanés s'affaiblissent progressivement. La complexité des lésions ne permet pas de schématiser tous les cas particuliers.

Troubles de la sensibilité générale et spéciale. — La sensibilité cutanée au tact, à la douleur et à la température, est, en dehors des associations morbides (hystérie, alcoolisme, tabes, etc) souvent intacte dans la paralysie générale. Dans d'autres cas, on observe de l'*hypoesthésie*, de l'*analgésie,* irrégulièrement réparties (petites opérations chirurgicales, brûlures, automutilations non douloureuses) ; plus rarement, de l'*hyperesthésie*, de la *dysesthésie* (retard des sensations) : la recherche de ces troubles est souvent malaisée. Une manœuvre qui met bien en évidence l'analgésie thoracique chez certains paralytiques, en même temps que le sentiment intime d'*euphorie cénesthésique* qui est à la base de l'état mental de ces malades, consiste à les frapper de la paume de la main, sur la région sterno-costale, en leur demandant si la poitrine est solide ou douloureuse : la plupart des malades engagent le médecin à frapper plus fort, et en arrivent à se donner eux-mêmes des coups d'une violence extrême, en assurant qu'ils ne souffrent pas et que leur personne est d'une solidité à toute épreuve.

Joffroy [1] a publié un cas intéressant d'analgésie viscérale et cutanée, indépendante de l'hystérie et de lésions médullaires postérieures, chez un paralytique général. Ces analgésies sont souvent transitoires (Joffroy et Gombault, Sabrazès et Bitot).

Certains auteurs[2] ont signalé l'*analgésie du cubital à la pression* dans la gouttière juxtaolécranienne. Ce symptôme (signe du cubital), relevé par Biernaki dans le tabes, en 1894, a été retrouvé par d'autres auteurs 7 fois sur 10, sur une statistique de 354 paralytiques généraux, D'autres observateurs ne le notent que 5 fois sur 10 (Briand et Iscovesco), ou moins souvent encore (Arnoldi et Perugia). En résumé, il semble que l'analgésie du cubital à la pression, qu'on retrouve aussi chez les tabétiques (Biernaki) les pellagreux (Arnoldi et Perugia) les épileptiques (Gœbel et Hillenberg) et certains aliénés (Hess), soit d'observation fréquente chez les paralytiques généraux.

Il existe aussi, dans la paralysie générale, des *troubles de la sensibilité subjective* (céphalées, névralgies). Ces douleurs, dans la forme spinale de la maladie, revêtent un type particulier, et révèlent, par leur nature et leur

[1] Joffroy et Gombault. Paralysie générale progressive chez un sujet ayant présenté dix-huit ans auparavant du délire de persécution. Analgésies cutanée et viscérales profondes. Autopsie : intégrité de la moelle. — *Section de Psychiatrie du Congrès international de Paris*, 1900.

[2] Cramer. (*Münch. med. Wochensch.*, 1894). — Gœbel, Hillenberg. (*Neurol. Centralblatt*, 1895). — Briand et Iscovesco. (Congrès de Bordeaux, 1895). — Hess (de Stephansfeld). Sur le signe du cubital (Analyse dans *Arch. de Neurol.*, mai 1897). — Arnoldi et Perugia. *Riv. speriment. di Phren.*, 1896, fascicule 2. Cité par Arnault (in rapport déjà cité, p. 28). — Giannone. Analgésie du nerf cubital dans la folie. (*The alienist and Neurologist.*, 1897. Janvier. Vol. XVIII, p. 20. — Kéraval et Laurent. Recherches sur l'analgésie du cubital chez les aliénés. *Arch. de Neurologie*, février 1899.

prédominance, l'existence de lésions médullaires. Féré[1] a signalé, dans une intéressante observation, la possibilité d'un *prurit* isolé, indépendant de toute lésion cutanée appréciable, avec *trichotillomanie* pubienne. On observe aussi dans les membres, les viscères, des *paresthésies* variées (fourmillements ou engourdissements, douleurs vagues, etc.), qui témoignent de la souffrance des zones sensitives de la corticalité. J'ai observé, chez un certain nombre de paralytiques généraux, l'existence d'*algies*, d'origine centrale, ayant tous les caractères qu'on leur connaît chez les neurasthéniques; ces algies s'observent chez les malades à réflexes exagérés, et elles s'accompagnent parfois de troubles vaso-moteurs ou sécrétoires, dans les territoires correspondants. Souvent, la peau qui recouvre la région siège de la douleur est elle-même hypoesthésique. L'association de cette hypoesthésie superficielle et de l'algie profonde constitue un syndrome assez fréquent, chez les paralytiques qui accusent des douleurs (brûlures, crampes, etc.).

Les *sensibilités spéciales* sont souvent atteintes. L'ouïe peut, exceptionnellement, être exaltée : l'*hyperacousie* fait alors partie du syndrome de l'excitation psycho-sensorielle générale. Beaucoup plus souvent, et à une période plus tardive, on observe l'*hypoacousie,* l'*agueusie,* ou l'*hypogueusie,* a été signalée aux périodes avancées : elle fait partie du tableau de la démence terminale.

L'*anosmie,* unie ou bilatérale, est plus fréquemment observée. A. Voisin[2] a insisté sur la précocité et l'importance de ce signe, dans la paralysie générale, mais les conclusions de cet auteur n'ont pas été unanimement confirmées. Les troubles et l'affaiblissement du goût et de l'odorat sont variables dans leur forme et tardifs dans leur apparition. Féré[3] a signalé, dans un cas, un *zona facial* avec *hallucination du goût* (sensation de goût de poisson) et *hallucination auditive unilatérale* (sons de cloches), du côté gauche.

Ch. de Martines[4] est un des rares auteurs qui soit arrivé à peu près aux conclusions d'A. Voisin. Il résulte de ses recherches, portant sur 22 malades, que la diminution du goût et de l'odorat s'observe fréquemment, à toutes les périodes de l'affection : notamment la perte du goût pour le sel. Toulouse et Vaschide[5] ont mesuré cette diminution du goût et de l'odorat. Ces auteurs ont, pour ces recherches, employé l'eau ammoniacale et l'eau camphrée : ils ont ainsi constaté la précocité et la fréquence de l'atteinte de l'odorat, et au contraire, l'intégrité persistante de la sensibilité tactile de la pituitaire. Voisin et Collet[6] attribuent ces troubles de l'odorat aux lésions du nerf olfactif, exposé

[1] Ch. Féré. Le prurit et la trichotillomanie chez les paralytiques généraux. *Nouv. Icon. phot. de la Salpêtrière.* XII, n° 4, p. 312, 1899.

[2] A. Voisin. Traité de la paralysie générale. Paris, 1879.

[3] Ch. Féré. *Soc. de Biologie,* 3 juin 1899.

[4] Ch. de Martines. Recherches sur les troubles du goût et de l'odorat dans la paralysie générale progressive. *Revue méd. de la Suisse romande.* Août et septembre 1900.

[5] Toulouse et Vaschide. *Soc. de Biologie,* février 1900 et *Revue de Psychiatrie,* février 1902.

[6] Collet. De l'anosmie. *Rapport au Congrès oto-rhino-laryngologique,* mars 1899.

par sa situation et sa constitution anatomiques à la propagation des altérations méningées. Il est certain, en effet, que l'anosmie s'observe souvent dans les lésions des lobes frontaux et d'ailleurs Marchand[1] a constaté encore récemment la sclérose du bulbe chez un paralytique. Voisin, Toulouse et Vaschide, insistent aussi sur la fréquence des troubles sensitifs et cénesthésiques du nez et de la pituitaire, chez les paralytiques au début : mes observations concordent avec celles de ces auteurs sur ce point. Schüle fait remarquer, à propos de ces troubles sensoriels, combien ils influent peu sur la physionomie générale de la maladie, et deviennent rarement le prétexte d'idées délirantes, contrairement à ce que l'on observe dans les psychoses hallucinatoires, et notamment l'alcoolisme.

J'ai déjà indiqué, à propos des hallucinations, que les observations récentes, notamment celles de Sérieux, Alzheimer, ont établi la fréquence relative des formes sensorielles de la paralysie générale. Le Pr Brissaud insiste dans son enseignement sur l'augmentation notable, en ces derniers temps, des hallucinations dans le syndrome paralytique.

Troubles vaso-moteurs et trophiques[2]. — On observe chez les paralytiques généraux, principalement aux extrémités ou à la tête, certains troubles passagers de la circulation périphérique (congestions, cyanose, refroidissement, état vultueux). Il faut rapprocher de ces désordes vaso-moteurs, une complication, qui n'est d'ailleurs pas spéciale à la paralysie générale, car on l'a observée chez les déments, chez les boxeurs, c'est l'*otématome*. La lésion, uni ou bilatérale, consiste en une bosse sanguine, de la grosseur d'un pois à celle d'un petit œuf, qui siège au niveau du pavillon de l'oreille[3]. La tumeur, rouge, résistante, parfois fluctuante en son centre, parfois crépitante, recouverte par la peau amincie, laisse écouler à la ponction du sang ou de la sérosité sanguine : elle peut se résorber, et laisse comme vestige des bosselures irrégulières, indurées et persistantes. La pathogénie de cette lésion a été fort discutée[4]. On a successivement incriminé l'action de troubles nutritifs (Foville, Marcé, Dumesnil) de lésions sympathiques (Bonnet et Poincarré), restiformes (Brown-Séquard), auriculaires, inflammatoires ou traumatiques, (Magnan, Jarjavay). Elle semble pouvoir être rapportée à l'action combinée du traumatisme et du désordre de l'innervation vaso-motrice, sur la trame délicate, très vasculaire et très exposée, du pavillon de l'oreille. Dans la majorité des cas, l'othématome siège à gauche : or, lorsqu'un individu reçoi un soufflet, c'est presque toujours de ce côté. On peut diminuer dans de très notables proportions le nombre des othématomes, en faisant comprendre au personnel des Asiles la part directe de responsabilité qui lui revient dans leur

[1] Marchand. *Société anatomique*, 1902.

[2] Paul Hérissey. Etude sur les Troubles trophiques dans la paralysie générale. *Thès* Paris 1903. — Consulter cet excellent mémoire pour l'histoire complète, la bibliographi et la critique des troubles trophiques paralytiques.

[3] G. de Clérambault. Contribution à l'étude de l'othématome. *Th. Paris*, 1899.

[4] Vallon. Note sur l'étiologie et le siège de l'othématome. L'*Encéphale*, 1881, n° 2.

production (Rogues de Fursac)[1]. Le substratum anatomique semble résider dans un décollement inflammatoire, avec hématome secondaire, du périchondre et du cartilage : le lobule reste toujours indemne[2].

Les *troubles trophiques,* en dehors de l'association tabétique, sont rares. On a signalé diverses *dermatoses :* zona, purpura, pemphigus, vitiligo, icthyose. On peut observer, chez les paralytiques sujets à des troubles nutritifs généraux intermittents de cause souvent insaisissable, des *sillons unguéaux*, stigmates révélateurs des crises nutritives qui les produisent. Pierret[3] a judicieusement insisté sur l'intérêt théorique et pratique de la recherche de ces sillons chez les aliénés. Les ongles présentent d'ailleurs diverses altérations trophiques (Trèves)[4] Le *mal perforant,* et surtout l'*eschare sacrée* ou *trochantérienne* peuvent s'observer ; mais ces complications sont rares, lorsqu'est mise en pratique l'hygiène antiseptique de la peau. Généralement tardifs, ces troubles trophiques peuvent cependant compliquer l'excitation maniaque, qu'on observe parfois au début de la maladie.

L'*amyotrophie* a été signalée : elle révèle alors ou une association morbide (amyotrophie progressive) ou des lésions de poliomyélite antérieure (Joffroy) ou de névrite périphérique. Le marasme de la période terminale entraîne l'amyotrophie cachectique généralisée. Féré[5] a insisté sur l'inconstance, dans la paralysie générale, de *l'hypotonie musculaire,* ainsi que sur l'absence de relations de cette hypotonie avec l'ataxie et l'abolition du réflexe rotulien. Le même auteur insiste sur la constance de la *contraction idio-musculaire,* qu'on observe bien au biceps brachial.

Les *arthropathies,* dans la paralysie générale non associée au tabes, sont exceptionnelles : il en est de même des *fractures osseuses spontanées* (Christian et Ritti). Lalanne[6] en a publié quatre observations fort intéressantes, contrôlées aux rayons Rœntgen : ces fractures peuvent survenir dans la période prodromique ou initiale de la maladie, et indépendamment de toute association médullaire. Régis[7] a signalé la chute spontanée des ongles et une déformation hypertrophique et douloureuse de l'appendice xiphoïde, qui s'allonge et se recourbe vers l'abdomen. Cette périostose sternale peut gêner les mouvements respiratoires et rendre le type respiratoire plus abdominal que thoracique.

La *calvitie,* avec les caractères qu'elle revêt chez les arthritiques, est assez commune chez les paralytiques généraux : on a également signalé des *lipomes*

[1] Rogues de Fursac. Manuel de Psychiâtrie, 1903.

[2] Kéraval. Pratique de la médecine mentale, p. 321. Paris, 1901.

[3] Pierret. *Congrès de Grenoble,* 1902.

[4] Trèves. Su alcani alteratzioni distrunische delle unghi. *Riv. di clin. med.* n° 6,1899.

[5] Ch. Féré et P. Lance. *Soc. de biologie,* oct. 1898. — Ch. Féré et Legros. *Soc. de biologie,* nov. 1898.

[6] Lalanne. Des fractures spontanées dans la paralysie générale. *Congrès de Paris,*1900. — Régis et Lalanne. Diagnostic radiographique des fractures spontanées dans la paralysie générale (*Ass. franç. pour l'avancement des sciences*, Paris, 1900). — 2e édition, 1892.

[7] Régis. Manuel pratique de médecine mentale, p. 433.

symétriques, etc. : ce sont là des dystrophies arthritiques vulgaires, sans aucune spécificité anatomique ou clinique.

État des grands appareils dans la paralysie générale. — Le plus souvent, l'autopsie démontre l'existence, dans les viscères des paralytiques, de lésions anciennes et variées, d'ordre scléreux, athéromateux, congestif chronique, ou récentes, d'ordre infectieux ; parfois spécifiques, d'ordre bacillaire ou syphilitique. L'étude de ces lésions, reprise et refondue par Klippel [1], bien exposée par Durante [2], constitue un chapitre intéressant de l'Anatomie pathologique de la paralysie générale. En clinique, ces lésions se traduisent par des signes en général discrets, effacés, qu'il faut rechercher.

Appareil digestif. — Dans les formes expansives, les fonctions digestives sont activées : l'appétit est exagéré, l'assimilation rapide : le malade engraisse. Dans les formes dépressives, on observe, plus ou moins accentué, le syndrome digestif des états mélancoliques, (état saburral continu, haleine fétide, anorexie, constipation, etc.), la sitiophobie, l'amaigrissement, la cachexie. Dans les formes circulaires de la paralysie générale, ces deux états opposés se succèdent l'un à l'autre. Aux périodes avancées, on observe la gloutonnerie, les troubles de la déglutition, l'asphyxie par aberrance du bol alimentaire, l'écoulement de la salive hors de la bouche, le mâchonnement, enfin le gâtisme.

Les lésions vaso-paralytiques ou dégénératives du foie n'ont guère d'expression clinique propre : on n'a guère systématiquement recherché les signes de l'insuffisance hépatique chez les paralytiques généraux. J'ai constaté, dans quelques cas, des signes manifestes de cette insuffisance, notamment chez un malade dont le foie présentait (voy. planche V) les lésions vaso-paralytiques les plus nettes : oligurie, glycosurie alimentaire, arytmie polycyclique dans l'élimination du bleu de méthylène deviennent en ce cas la preuve expérimentale de la *dyshépatie paralytique*. Chez les paralytiques alcooliques, l'insuffisance hépatique se décèle par ses signes urologiques ordinaires. Tissot [3] a institué, sur mon conseil, des recherches sur les éliminations urinaires des paralytiques généraux. L'épreuve du bleu de méthylène lui a démontré, par la prolongation, l'irrégularité et l'intermittence de l'élimination du bleu, les troubles fonctionnels du rein et du foie chez quatorze malades examinés. Aussi conclut-il avec raison que le paralytique général est un hépatique, et un hépatique silencieux.

J'ai recherché, avec Sébilleau [4], l'état des fonctions du foie chez cinq paralytiques de mon service. Ces malades, en pleine évolution paralytique à la seconde période, étaient dans un état général de nutrition excellent. Aucun

[1] Klippel. Les paralysies générales progressives. Paris, 1898. On trouvera dans cette monographie la liste bibliographique des nombreux travaux de l'auteur sur ce sujet.

[2] Durante. *Gazette des Hôpitaux*, fév.-mars 1894.

[3] E. Tissot. Des éliminations urinaires chez les paralytiques généraux. Thèse Paris, 1902.

[4] E. Dupré et Sébilleau. *Soc. méd. psychologique*, 1903.

n'a présenté de signe urologique d'insuffisance hépatique : trois d'entre eux étaient cependant des alcooliques notoires, mais se trouvaient à la diète toxique depuis plusieurs mois. Ces constatations négatives, confirmées, sur une autre série de malades, par mes élèves Prosper Merklen et Devaux, montrent l'inconstance des lésions hépatiques profondes, chez les paralytiques non cachectiques.

Appareil respiratoire. — La liste des lésions pulmonaires trouvées à l'autopsie des paralytiques est longue : j'y reviendrai plus loin. Les signes cliniques sont rares et pauvres : le malade ne réagit pas aux lésions, et offre un minimum de symptômes physiques et fonctionnels. L'altération subite et profonde de l'état général, l'asphyxie, et la mort rapide, parfois même subite, sans symptômes précurseurs, révèlent seules, le plus souvent, les grandes complications respiratoires de la paralysie générale : les broncho-pneumonies pseudo-lobaires, simple, hémorragique, gangréneuse ; la pneumonie, les abcès pulmonaires, les foyers congestifs étendus ou apoplectiques, les lésions tuberculeuses.

Activées ou ralenties, suivant la forme expansive ou dépressive de la maladie, les fonctions respiratoires sont perturbées pour plusieurs raisons, dont les principales sont les altérations anciennes et chroniques du parenchyme pulmonaire, antérieures ou postérieures à la péri-encéphalite (sclérose, tuberculose, syphilis, etc.), les lésions congestives vaso-paralytiques, dues au processus même de la maladie, les infections secondaires des bronches et des alvéoles, sur un terrain déprécié par l'influence dystrophique nerveuse, d'origne centrale, et les conséquences de la démence. Meunier[1] a montré le mécanisme neurotrophique de ces lésions dans les encéphalopathies chroniques. En vertu de ces conditions de moindre résistance, les paralytiques généraux sont très sensibles à l'action pathogène du froid humide, qui, à l'entrée de l'hiver, est souvent pour eux une cause de mort (Motet).

Appareil circulatoire. — Je ne reviens pas sur les troubles vasomoteurs déjà signalés. Du côté du cœur et des gros vaisseaux, on peut observer les signes de l'athérome, de l'aortite, de la sclérose cardiaque.

Appareils sécrétoires. — Augmentées dans la forme expansive, diminuées dans la forme dépressive, les sécrétions subissent parfois les variations les plus opposées. On a observé des crises subites et transitoires de sialorrhée, de polyurie[2] d'oligurie, d'anurie, d'hématurie[3], de peptonurie, de glycosurie[4], d'albuminurie; Klippel et Serveaux[5], Rieder[6], ont constaté en général de la

[1] Meunier. Th. Paris, 1897.
[2] Grégevin. Th. Paris, 1876.
[3] Savage. Des hémorragies dans la paralysie générale. *Journal of med. Sc.*, 1886.
[4] Féré, Briand, Baudin, Rouillard. *Soc. méd. psychol.*, 1889.
[5] Klippel et Serveaux. *Archiv. de Neurol.*, 1893.
[6] Rieder. Recherches sur les urines dans la paralysie générale. Th. Paris, 1895.

polyurie dans la seconde période de la maladie, avec hypoazoturie et hypophosphaturie, hyperchlorurie et acétonurie. J'ai constaté, avec Sébilleau [1], la fréquence de l'hypoazoturie chez des paralytiques généraux même bien alimentés et en excellent état de nutrition.

Ces divers troubles sécrétoires traduisent soit des perturbations névropathiques de la dialyse rénale, soit des lésions rénales ou hépatiques plus ou moins étendues et profondes. Certains auteurs, notamment Séguin [2] et Vassale [3], ont voulu attribuer aux lésions rénales un rôle important dans la pathogénie des accidents épisodiques convulsifs de la paralysie générale, et voir dans les ictus épileptiques des crises d'urémie cérébrale chez les paralytiques.

Les troubles de la *sécrétion sudorale* ne sont pas rares dans la paralysie générale. Ils sont fort irréguliers et ne présentent aucun rapport constant avec la forme, la période ou l'évolution de la maladie. Des consciencieuses recherches de Marandon de Montyel [4] exécutées sur 54 paralytiques, du début à la fin de leur affection, il résulte que l'éphidrose paraît : plutôt chez les jeunes que chez les sujets âgés ; à la seconde période ; en hiver plus souvent qu'en été ; qu'elle apparaît par poussées et disparaît brusquement, qu'elle récidive, et se montre environ une fois sur neuf.

Appareil génital. — Amoindries ou exaltées, suivant la forme de la maladie, au début de l'évolution morbide, les fonctions génitales s'éteignent assez vite avec les progrès de l'affection. On observe alors de l'aménorrhée, de l'impuissance, etc. Cette incapacité fonctionnelle contraste avec l'érotisme du délire et des actes des malades. On connaît la fréquence de l'exhibitionnisme paralytique. Marandon de Montyel [5] a longuement étudié les perturbations du sens génital, chez les paralytiques, aux trois périodes de la maladie. Ces perturbations se constatent dans 95 p. 100 des cas, et augmentent avec les progrès de l'évolution morbide : elles semblent d'ailleurs n'avoir guère de retentissement dans la sphère des délires ou des troubles de la personnalité.

ÉTAT GÉNÉRAL. — L'état de la nutrition, subordonné à celui des fonctions digestives, se maintient généralement bon surtout dans les formes expansives, jusqu'à une période avancée. A la fin de la période d'état, survient souvent, en dépit de la conservation de l'appétit, un amaigrissement assez rapide qui indique des troubles profonds de l'assimilation et la déchéance définitive de la nutrition. C'est la fonte paralytique. Krœpelin [6] insiste beaucoup sur la cachexie dénutritive de la paralysie générale, qui marque pour lui le caractère général et toxique de l'affection.

[1] E. Dupré et Sébilleau. Recherches urologiques dans la paralysie générale. *Soc. médico-psychologique*, 1903.

[2] Séguin. *Congrès neurol. Washington*, 1888.

[3] Guido Vassale. *Congrès de la Soc. de Phréniatrie de Novare*. Sept. 1889.

[4] Marandon de Montyel. L'éphidrose dans la paralysie générale. *Presse médicale*, 31 janvier 1903.

[5] Marandon de Montyel. *Archiv. de Neurologie*, 1900-1901.

[6] Krœpelin. *Lehrbuch der Psychiatrie*, 1899.

De nombreuses recherches entreprises sur le *pouls* et la *température* (A. Voisin, Mickle, Clouston, Mendel) n'ont pas abouti à des conclusions concordantes. En règle générale, la maladie est apyrétique, et ne détermine par elle-même aucun changement thermique appréciable : c'est la conclusion à laquelle aboutissent, après des observations thermométriques minutieuses et suivies, Peterson et Langdon [1], et Ballet [2]. Accessoirement, on peut parfois observer des *poussées hyperthermiques,* liées à des crises d'excitation maniaque ou de dépression mélancolique; l'hyperthermie paraît ici dépendre beaucoup plus d'une perturbation des centres thermiques que de l'agitation musculaire (A. Voisin). Dans d'autres cas, la *fièvre* est due à des *complications intercurrentes.* Enfin, à la suite des ictus épileptiques ou apoplectiques, la température s'élève habituellement à 39° et 40° pour redescendre ensuite à la normale. Ces poussées fébriles sont pour Klippel, Krœpelin, etc., l'indice de *processus toxi-infectieux subaigus*, qui sont d'essence propre, et appartiennent à la maladie elle-même, dont elles décèlent la nature toxi-infectieuse et l'évolution oscillante.

Dans une série d'autres cas, on peut observer un certain degré *d'hypothermie.* A. Voisin, qui signale le fait, ne lui reconnaît aucune cause appréciable. Le Pr Joffroy [3] a constaté, chez deux paralytiques généraux, une température rectale de 35°, qui s'abaissa progressivement jusqu'à 26°, au moment de la mort : la période d'algidité dura chez le premier malade huit jours; et chez le second, cinquante-huit heures, depuis l'ictus apoplectique à l'occasion duquel fut prise la température, jusqu'à la mort.

Ces constatations sont intéressantes à rapprocher de celles qu'ont rapportées MM. P. Marie et Guillain [4] à la Société de Neurologie. Ces auteurs ont observé, chez six tabétiques sur dix, à l'examen systématique de la température rectale, une hypothermie de quelques dixièmes à un degré. Ce sont là des faits connexes de perturbation apportée dans la régulation thermique générale de l'organisme, par les lésions du système nerveux central. Enfin, Vaschide et Meunier [5] ont constaté à l'exploration thermométrique comparée des deux côtés du corps, chez les paralytiques généraux, une *dyssymétrie thermique,* que les auteurs rattachent à l'inégale intensité, des deux côtés du corps, des perturbations vaso-motrices, si fréquentes chez ces malades.

Période terminale. — Le début de cette période se marque par *l'exagération profonde de la démence* et *l'apparition du gâtisme.* Le malade a perdu alors toute notion du temps et de l'espace, tout souvenir du passé, toute conscience du présent, toute aptitude affective et toute connaissance de

[1] Peterson et Langdon. *The Journal of nervous and mental. diseases,* Nov. 1893.

[2] G. Ballet. *Loc. cit.*

[3] A. Joffroy. Algidité centrale prolongée chez deux paralytiques généraux. *Congrès des aliénistes et neurologistes de Limoges.* Août 1901.

[4] P. Marie et Guillain. La température des tabétiques. *Soc. de Neurologie,* 4 juillet 1901.

[5] Vaschide et Meunier. Dyssymétrie de la température cutanée chez les paralytiques généraux. *Soc. méd. des Hôpitaux,* 11 octobre 1901.

sa personnalité. L'indifférence et l'apathie la plus complète se trahissent dans sa mimique, son regard, son attitude et ses gestes. Le langage est réduit à un bredouillement incompréhensible, à travers lequel on distingue, le plus souvent, quelques mots, toujours les mêmes, derniers lambeaux du vocabulaire disparu (oui... non... je vais m'en aller aujourd'hui... demain... millions empereur... général... etc.).

Les forces décroissent, la fonte paralytique apparaît, le facies s'altère et le malade se cachectise. Puis, peu à peu, le *gâtisme,* d'abord intermittent e épisodique, devient permanent.

L'apparition du gâtisme inaugure, d'après Régis [1], le début de la période terminale. L'incontinence urinaire précède l'incontinence fécale : et le gâtisme, d'abord nocturne, puis diurne, finit par devenir continu. Pendant assez longtemps, le paralytique gâte seulement sous certaines influences, à l'occasion d'accès d'anxiété, de confusion, de rêves, etc. Dans certains cas, le gâtisme, qui était devenu permanent, s'espace; et, parfois, disparaît pour plusieurs semaines ou plusieurs mois : ces retours de la tonicité sphinctérienne coïncident avec l'amélioration générale qui caractérise les rémissions, et s'observent dans les paralysies générales à longue durée [2]. Manheimer [3] a fait une analyse intéressante de la pathogénie des troubles sphinctériens chez les paralytiques généraux. Il assigne au gâtisme des causes organiques, surtout d'origine médullaire, dans les formes tabétiques; et des causes psychiques, de beaucoup les plus fréquentes : les troubles intellectuels, surtout l'affaiblissement de l'attention; les modifications du caractère, surtout la disparition de la pudeur, du sentiment des convenances, le cynisme; l'affaiblissement de l'inhibition volontaire; toutes ces marques de la dissolution de la personnalité expliquent l'apparition d'abord épisodique, puis de plus en plus fréquente du gâtisme. Le malade témoigne de la plus grande indifférence, vis-à-vis des conséquences, matérielles ou morales, de son laisser-aller, et en donne souvent des raisons absurdes, qui prouvent sa déchéance démentielle.

Le *gâtisme,* dans la démence paralytique comme dans les autres démences, précède presque toujours l'*impotence des membres inférieurs,* l'impossibilité de la marche. L'affinité clinique, dans la date et l'ordre de leur apparition, de ces symptômes (gâtisme vésical, gâtisme rectal, impotence des membres inférieurs) est intéressante à rapprocher de la notion du voisinage anatomique, sur l'écorce cérébrale, des centres psychomoteurs des membres, surtout des membres inférieurs, et des centres anal et vésical localisés, à la suite des études de Bechterew et Mislowski, Bochefontaine et François Frank, par Meyer et Sherington, dans le voisinage du segment postérieur du gyrus sigmoïde, en arrière du sillon crucial [4]. Le progrès des lésions corticales d'avant en arrière, des régions psychiques proprement dites aux régions psychomotrices,

[1] Régis. *Manuel de médecine mentale,* 1884.

[2] Ecart. Quelques observations de paralysie générale à longue durée. Th. Paris, 1896.

[3] Manheimer. Le gâtisme au cours des états psychopathiques. Thèse Paris, 1897.

[4] J. Soury. *Système nerveux central.* Centres corticaux des sphincters de l'anus et de la vessie. 1899.

se traduirait cliniquement, dans le domaine des sphincters, par un gâtisme qui, d'abord psychopathique, aurait son origine dans les altérations de la personnalité consciente et volontaire et deviendrait ensuite la conséquence directe d'une lésion corticale, localisée aux centres ano-vésicaux.

A ce moment, le malade est, ou un impotent, immobilisé dans son fauteuil ou son lit de gâteux, ou un dément encore capable d'aller et de venir. Dans ce dernier cas, qui, d'après les statistiques d'Arnaud [1] et de Bonnat [2], semble devenir plus fréquent, à cause des soins plus aseptiques et de l'hygiène mieux entendue dont on entoure les paralytiques généraux, une surveillance incessante est nécessaire, pour parer aux conséquences des actes du malade, qui, victime d'une agitation intermittente, désordonnée et dangereuse, erre sans but de tous côtés, exécute, à la façon des idiots, des mouvements automatiques variés, dilacère ses vêtements, peut se mutiler, mettre le feu, etc. On en voit, au cours de leurs promenades dans les jardins, ramasser les chiffons, les cailloux, les ordures, en bourrer leurs poches, leur bouche, se barbouiller la figure avec leurs matières fécales, boire leur urine, etc.

Lorsque le paralytique est immobilisé au lit, il en arrive à un tel degré de déchéance cérébrale, qu'il en est réduit aux seuls réflexes spinaux et bulbaires (Magnan et Sérieux) : le visage exprime l'anéantissement de toute manifestion psychique. Il faut, pour nourrir le malade incapable de tout mouvement coordonné des membres, lui mettre dans la bouche les aliments qu'il déglutit sans les mâcher : c'est le chien décérébré de Goltz, c'est un automate inconscient et maladroit, capable seulement des réflexes les plus élémentaires de la vie organique. On observe souvent du grincement des dents, l'émission de grognements, de cris inarticulés, etc.

La démence paralytique est consommée : c'est l'heure du dénouement : celui-ci s'accomplit de différentes manières, que j'étudie plus bas, dans une courte revue d'ensemble de la mort dans la paralysie générale.

ÉVOLUTION GÉNÉRALE. — RÉMISSIONS

Marche. — La paralysie générale évolue, dans l'immense majorité des cas, comme une maladie chronique, progressive, très lente dans sa marche, très longue dans sa durée. L'évolution en est d'ailleurs variable et accidentée, et J. Falret l'a bien caractérisée, en disant d'elle : « Progressive dans son « ensemble, elle est irrégulière dans ses détails. »

Pour être judicieusement appliquée à l'étude de la marche de la paralysie générale, cette formule de Falret doit être complétée et précisée par la notion de ce qui constitue *l'ensemble* et les *détails* de la maladie. Or, *l'ensemble*, c'est la somme des *caractères permanents, essentiels,* liés aux *lésions fondamentales* de la maladie : ces symptômes sont les manifestations progressives de la démence globale et de la paralysie musculaire, liées à la dégénérescence

[1] Arnaud. *Annales méd. psych.*, janvier 1897 et Congrès de Toulouse, 1897.

[2] Elie Bonnat. Thèse Paris, 1900.

atrophique des neurones de l'écorce : substratum anatomique constant. Les *détails*, ce sont les *manifestations épisodiques, transitoires et contingentes*, des délires, des ictus, des états d'excitation ou de dépression, etc. Ces symptômes sont, dans leur apparition et leur disparition, essentiellement irréguliers, accessoires : ils se greffent, sous des influences d'origine héréditaire (prédispositions, dégénérescence) ou acquise (infections, intoxications, surmenage, traumatisme, etc.) sur le fond démentiel permanent et progressif, et donnent, au tableau clinique de la paralysie générale, ses variétés de formes et de couleurs, ses irrégularités d'allure. C'est sur cette distinction, entre *le fond essentiel* et *les détails accessoires* de la maladie, que reposait le *dualisme nosographique* de Baillarger, qui séparait dans la paralysie générale, la *démence* de la *folie*. Au nom de l'analyse des faits cliniques et des influences étiologiques, Magnan et Sérieux insistent à nouveau sur cette distinction, et en montrent l'utilité, dans l'interprétation des variétés de forme et des irrégularités d'évolution de la paralysie générale. Dans son manuel, Kéraval[1] revient à cette distinction, en décrivant la paralysie générale en deux chapitres successifs, qu'il consacre le premier à la *démence* et le second à la *folie paralytique*.

Cette loi étant bien établie, il reste à exposer sommairement la marche d'ensemble de la maladie. On distingue quatre périodes : une *prodromique*, une de *début*, une *d'état*, une *terminale*.

La *période prodromique* débute, à un moment impossible à préciser, par des manifestations très légères, très fugaces, dans les sphères mentale, motrice, sensitive et vaso-motrice : ce ne sont encore que des nuances, trop subtiles pour être saisies par l'entourage. Je ne reviens pas sur l'étude de ces prodromes, dont la nature varie d'ailleurs suivant les formes de la maladie. L'aspect et les caractères de cette période sont, en grande partie, déterminés par les qualités, héréditaires et acquises, du terrain cérébral intéressé. Les nuances prodromiques varient suivant les réactions psychiques individuelles, propres à l'âge ou au sexe, à la profession, au milieu, au degré de culture intellectuelle et morale ; enfin et surtout, selon les tares pathologiques antérieures, dégénératives ou toxiques, héréditaires ou acquises (Débilité mentale, déséquilibration psychique, prédisposition vésanique, alcoolisme, etc, etc.).

La *période de début*, parfois marquée par la soudaine apparition d'un ictus, est habituellement inaugurée par l'association des grands signes somatiques (hésitation intermittente et passagère de la parole, inégalité pupillaire, incoordination motrice légère) aux signes psychiques (excitation ou dépression mentales, associées aux lacunes de la mémoire, aux perversions morales, aux absurdités des actes). J. Falret a distingué quatre variétés de début : deux physiques, les formes *congestive* et *paralytique* et deux psychiques, les formes *expansive* et *mélancolique*. Ballet y ajoute la forme *spinale*, caractérisée par la prédominance des désordres d'origne médullaire.

[1] Kéraval. *Loc. cit.*, p. 305.

La *période d'état* est constituée par l'accentuation des signes physiques, les progrès de la démence, l'incapacité du travail ; enfin par le caractère public et confirmé de l'état morbide, qui parfois, jusque-là, dans les formes démentielles simples, reste plus ou moins latent aux yeux de l'entourage.

La *période terminale* se marque par l'apparition du gâtisme, la ruine psychique complète, le marasme paralytique, la cachexie finale.

Durée. — Au commencement du XIXe siècle, les auteurs fixaient à la paralysie générale une durée relativement courte : un an à un an et demi (Bayle, Calmeil, Parchappe). Au milieu de ce siècle, lorsque l'on apprit à reconnaître plus tôt la maladie, et, plus près de nous, à tenir compte de ses rémissions) on lui assigna une durée plus longue : trois ans (Krafft-Ebing), deux à quatre (Mendel), quatre ans (Chrichton-Brown), trois à cinq ans (Christian et Ritti). Actuellement les auteurs, mieux avertis de la longue durée de la période prodromique et de la fréquence des rémissions, allongent encore le cycle évolutif possible de la maladie, et lui assignent une durée qui peut atteindre dix et douze ans (Ballet, Magnan et Sérieux). Certaines observations récentes[1] tendent à montrer que la paralysie générale pourrait avoir une durée encore plus longue et atteindre jusqu'à vingt ans.

Dans des cas exceptionnels, la maladie pourrait évoluer beaucoup plus rapidement, en quelques mois, un an : ce sont les formes *aiguës*, ou *galopantes*, signalées par Beau et Trélat, et dont l'existence fort discutable est susceptible d'une tout autre interprétation nosologique. (Voyez le chapitre : Formes de la Maladie.)

Rémissions. — L'évolution progressive de la paralysie générale est parfois entrecoupée, et, dans des cas exceptionnels, enrayée par des arrêts plus ou moins prolongés dans la marche de la maladie, qui se produisent souvent à la première période, plus rarement à la seconde, et très exceptionnellement à la troisième. Ces rémissions sont de divers ordres : parfois elles se caractérisent par la disparition des symptômes dits accessoires, surajoutés (excitation ou dépression, délires), et la persistance et la progression des signes démentiels et paralytiques ; ce sont là les *rémissions fausses* (Ballet) qui consistent en une atténuation symptomatique, et n'impliquent aucun arrêt dans la marche de la maladie. Dans d'autres cas, elles se manifestent par une atténuation temporaire et plus ou moins marquée de l'ensemble des symptômes ; ce sont alors des rémissions *vraies, incomplètes, temporaires ;* elles durent de quelques mois à quelques années, et se prolongent parfois plus de dix ans ; puis elles sont suivies de la reprise de l'évolution morbide et de la terminaison fatale. Dans des cas plus rares, on observe, pour un temps, la disparition de tous les symptômes, qui caractérise les *rémissions vraies, complètes, temporaires.* La rechute, qui s'annonce par une bouffée délirante, un ictus, la réapparition des troubles dysarthriques, des signes pupillaires, indique la

[1] Lustig. Zwei Fälle von mehr als zwangzigjährigen Anstalts-Beobachtung. Zur Kasuistik der Paralysis. *Allg. Zeitschr. f. Psychiat.* Juin 1900.

reprise de l'évolution fatale. Dans une dernière série de cas, absolument rares, cette rechute ne se produit point, le malade reste guéri et donne un exemple de ces exceptionelles rémissions *vraies*, *complètes, définitives,* qui équivalent à la guérison.

Des observations probantes de ces cas de *guérison* ont été rapportées par des aliénistes tels que Ferrus, Trélat, Morel, Foville, Baillarger, etc, etc,; et, plus près de nous, par Magnan et Sérieux, Mairet, etc. On a objecté à ces prétendues guérisons l'existence des pseudo-paralysies générales; c'est là, ainsi que je l'établirai au chapitre du diagnostic, compliquer la question plutôt que la résoudre.

Les rémissions, incomplètes ou complètes, plus ou moins prolongées, surviennent dans certaines conditions et sous certaines influences en partie connues. Il faut d'abord signaler l'*infinence du traitement,* moral et hygiénique repos, abstinence alcoolique etc., qui, en amenant une sédation symptomatique temporaire plus ou moins marquée, est un agent de rémission. Dans d'autres cas, on a vu se produire des rémissions remarquables, *à la suite d'infections graves,* de suppurations étendues (variole, érysipèle, phlegmons diffus). Ces faits, dont la réalité n'est pas contestable, ont un intérêt théorique et thérapeutique de premier ordre : les Anciens y voyaient des exemples de dérivation métastatique ; actuellement, à la lueur des doctrines de l'action des toxines microbiennes et des réactions antitoxiques de l'organisme, nous pouvons essayer d'en risquer une interprétation au moins plus approximative.

Enfin, les rémissions, fausses ou incomplètes, s'observent fréquemment chez les *dégénérés* et les *prédisposés vésaniques ;* qui, principalement au début de la maladie, passent par des phases épisodiques d'excitation ou de dépression, offrent des *bouffées passagères de délire,* phénomènes transitoires et curables de leur nature, qui s'amendent assez vite, reparaissent pour s'évanouir encore et donnent ainsi lieu à des rémissions temporaires, suivies de rechutes; en somme, à des irrégularités dans l'évolution morbide. Les délires chez ces malades éclatent parfois à une époque très précoce, au début de la période prodromique ; leur guérison donne alors lieu à une rémission qui peut être fort longue. Aussi la durée de la paralysie générale a-t-elle été souvent considérée comme plus longue chez les héréditaires que chez les autres : dans le cadre de ces *formes irrégulières,* rémittentes, rentrent les paralysies générales *circulaires* ou *alternantes*.

La paralysie générale peut se compliquer, au cours de sa longue évolution, d'accidents subaigus, temporaires, de confusion mentale, de stupeur avec aggravation de l'état général, redoublement des symptômes d'amnésie, de déficit intellectuel, etc. Ces épisodes surajoutés à l'évolution paralytique, apparaissent sous des influences variées (surmenage, infections, intoxications), parfois sans cause saisissable. Par définition, ils n'appartiennent pas, à titre d'éléments constants, au syndrome paralytique : ils surviennent à titre de complications contingentes, comme chez des sujets non paralytiques ; lorsqu'ils apparaissent, la paralysie générale semble beaucoup s'agraver : lorsqu'ils disparaissent, la situation, par contre, semble s'améliorer. Ces irré-

gularités donnent lieu à de *fausses rémissions,* derrière lesquels le médecin doit savoir reconnaître la permanence et la progression du processus fondamental de la maladie.

La question de l'origine
de ces sensations, reste
obscure ; mais de la possibilité
même et de la durée de ces
controverses on peut tirer,
semble-t-il, une conséquence :
si la sensation musculaire
peut être attribuée au
tiraillement de la peau,
à la contraction des
muscles, au courant nerveux
efférent, n'est-ce pas une
preuve que cette sensation
qui accompagne le mouvement
ne diffère pas absolument par
sa qualité ou sa nature....

Fig. 90. — (Collection Bergé).

Spécimen d'écriture provenant du même malade que le spécimen de la figure 82. Le rapprochement et la comparaison des deux spécimens, écrits à trois mois d'intervalle environ, démontrent avec évidence l'amélioration considérable de l'état mental du sujet. Cette amélioration provient de la disparition d'accidents épisodiques de confusion, d'amnésie et d'obnubilation, responsables en partie des lacunes et des stigmates psychographiques du premier spécimen (fausse rémission). Remarquer ici les signes évidents de fatigue des dernières lignes comparées aux premières.

Je donne ici le spécimen de l'écriture (fig. 90) d'un paralytique, qui parut ainsi très amélioré. dans une rémission apparente, créée par la disparition d'un état d'amnésie, de confusion et d'obnubilation temporaires. Au cours de cet état deutéropathique, le malade avait fourni un spécimen d'écriture (fig. 82) dont les caractères pathologiques s'opposent, en un contraste intéressant, à l'aspect à peu près normal du second spécimen.

Quand la maladie évolue sur un mode lent et insidieux, les rémissions sont beaucoup plus rares : on observe alors parfois des crises d'exacerbation subaiguë ou aiguë de certains symptômes, notamment du délire. En règle générale, ce qui constitue la rémission, c'est l'apaisement, l'atténuation ou la disparition d'un phénomène ou d'un groupe de phénomènes de nature épisodique, transitoire; mais le fond même de la maladie, l'état démentiel progressif et l'ataxo-parésie motrice demeurent. En effet, le délire est subordonné à des lésions bien moins fixes que la démence (Klippel); il peut ne traduire que des réactions dynamiques, des perturbations fonctionnelles; tandis que les signes somatiques et démentiels reposent sur un substratum organique le plus souvent définitif et irréparable.

Baillarger avait déjà expressément dit : « Quand les symptômes de démence avec quelques conceptions délirantes se développent rapidement à la première période de la paralysie générale, ils peuvent ne pas appartenir à la démence véritable, mais à une *pseudo-démence,* constituent un état spécial non encore suffisamment décrit. La pseudo-démence, dans la paralysie générale, ne peut, jusqu'ici, être distinguée de la démence véritable, que par son invasion rapide ou par des signes de stupeur. ». Dans ses leçons, Séglas [1] à propos de ces cas, insiste judicieusement sur les difficultés du diagnostic, créées par les associations symptomatiques, entre certaines formes de confusion mentale et le début de la paralysie générale ainsi compliquée.

FORMES. — ASSOCIATIONS MORBIDES. — TERMINAISONS. — PRONOSTIC

Formes. — La classification des différentes formes de début, que j'ai étudiées à propos des prodromes (voy. p. 888 et suivants), peut s'appliquer à l'ensemble de l'évolution de la maladie, qui se manifeste ainsi, suivant les prédominances symptomatiques, sous les formes : *démentielle simple,* sans ou presque sans délire; *expansive* ou *ambitieuse; mélancolique* ou *dépressive; circulaire* ou *alternante; mixte,* caractérisée par la coexistence de plusieurs délires et le mélange de plusieurs états affectifs; *épileptique* ou *congestive* des anciens auteurs; *spinale* ou *médullaire,* avec ses diverses variétés.

Les éléments symptomatiques qui composent, par leur prédominance ou leur enchaînement, les formes précédentes, ont déjà été étudiés. Il me faut seulement indiquer certaines variétés, évolutives ou cliniques, de la maladie, et revenir sur la forme médullaire de la paralysie générale.

[1] J. Séglas. *Leçons de la Salpêtrière,* 1895. Page 254.

Beau [1] et Trélat [2] ont décrit des *formes aiguës* et *galopantes* de la paralysie générale. Les plus grandes réserves doivent être apportées à ce diagnostic. De telles observations, en effet, se rapportent : ou à des infections aiguës, qui tuent les malades en quelques jours, quelques semaines, au milieu d'un cortège de symptômes fébriles, ataxo-adynamiques et délirants, plus ou moins fidèlement simulateurs du syndrome paralytique; ou à des paralysies générales vraies, subitement compliquées et terminées, dès leur début, par l'intercurrence du même processus infectieux. Il s'agit alors de toxi-infections aiguës, fébriles, d'origine plus ou moins déterminée, à localisation cérébro-méningée, à évolution rapide et fatale, qui rentrent dans le cadre du délire aigu, et qui, par définition, ne peuvent rentrer dans celui d'une méningo-encéphalopathie chronique et apyrétique comme la paralysie générale (Magnan, Falret, Marcé, Christian, Ritti, Arnaud, Klippel, etc.).

Brassert [3] et Buccelli [4] ont publié récemment chacun un cas de soi-disant paralysie générale galopante; la première observation concerne un alcoolique chronique, dont la maladie (tremblement, inégalité pupillaire, signe de Romberg, changement de caractère, idées de grandeur) débute quinze jours avant l'entrée à l'asile, et se termine quinze jours après par la mort, en état de mal. A l'autopsie, Brassert trouve une pneumonie double et des lésions d'hyperémie et d'œdème cérébro-méningés, avec de l'épendymite granuleuse. L'observation de Buccelli se rapporte à une hystérique qui meurt en quelques semaines d'une soi-disant paralysie générale aiguë; à l'autopsie, on trouva de la méningo-encéphalite. On voit, par ces exemples, combien cette notion de la paralysie générale aiguë repose sur des faits peu comparables, hétérogènes, et susceptibles d'une interprétation plus critique.

Quelques auteurs, notamment, dans son excellent Manuel, Rogues de Fursac [5], décrivent une *forme agitée* de paralysie générale, caractérisée par de la confusion mentale, de l'agitation, de la désorientation, des hallucinations, des troubles profonds de la nutrition, une évolution subaiguë et rapide, conduisant le malade à la mort en quelques mois, ou, dans d'autres cas, se transformant, par l'apaisement de l'agitation, en une autre forme, démente simple, mélancolique, etc. Je crois qu'il faut voir dans ces formes agitées l'expression clinique d'états toxi-infectieux temporaires, épisodiques, surajoutés à la paralysie générale ; soit prodromiques, soit intercurrents, soit terminaux, curables ou mortels, et parfois peut-être responsables de l'éclosion du processus paralytique.

A. Carrier, G. Carrier et E. Martin [6] (de Lyon) ont judicieusement mis la

[1] Beau. Paralysie générale aiguë. (*Archives générales de médecine*, 1852).

[2] Trélat. Paralysie générale galopante. (*Annales médico-psychologiques*, 1855).

[3] Brassert. (Illenau) Ein bemerkenswerthes Fall von sogenannter, galopirender Paralysie (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, t. LV, f. 5. Février 1899.

[4] Buccelli. Paralysie générale galopante. *Acad. méd. de Gênes*, 24 avril 1899.

[5] Rogues de Fursac. Manuel de psychiatrie, 1903.

[6] A. Carrier, G. Carrier, E. Martin. Du délire aigu, au point de vue clinique, anatomo-pathologique et bactériologique. (*Rapport au Congrès de Limoges*, août 1901).

question au point, en disant que le *délire aigu* peut s'observer au début de la paralysie générale et dans des conditions telles qu'il est quelquefois difficile de l'en distinguer. Cet état se confond alors avec ce que l'on a décrit sous le nom de *paralysie générale aiguë*. C'est pour ces cas de délire aigu à forme paralytique ou de paralysie générale à forme aiguë, que Régis[1] propose de concevoir un type de *paralysie générale temporaire,* qu'il rattache, avec tous les auteurs, à la toxi-infection aiguë générale, qui domine l'étiologie de ces psychoses toxiques ou septicémiques.

Buchholz[2] a récemment publié des observations de paralysie générale aiguë, dans lesquelles le processus malade s'est déroulé assez rapidement : il oppose avec raison ces formes rapides, du début à la terminaison, aux formes dans lesquelles à une évolution clinique lente succède brusquement une évolution rapide et fatale.

La paralysie générale, chez la femme, revêt certains caractères qui, à la



Fig. 91. — Paralysie générale féminine (collection Dupré).
État expansif avec excitation mégalomaniaque démentielle; satisfaction exubérante, érotisme, avec exhibition complaisante des formes : la malade fait voir ses mains, son cou, son ventre; elle vient de faire admirer son bras droit, qui est encore découvert, lorsqu'elle montre ses seins, dans une attitude et avec une expression de satisfaction à la fois orgueilleuse et sensuelle.

rigueur, justifient la description de la *forme féminine* de la maladie. Cette forme est caractérisée par la rareté relative du délire (forme démentielle simple). Lorsque les idées délirantes existent, elles sont pauvres, ternes, effacées, de teinte souvent érotique ou sexuelle (fig. 91); la forme dépressive est relativement plus commune que chez l'homme (fig. 92). Ces allures cliniques, qui n'ont d'ailleurs aucun caractère constant, ni bien spécial, sont probablement imputables à la pauvreté relative du terrain psychique malade (Régis[3],

[1] Régis. Discussion sur le délire aigu. (Limoges, 1901).

[2] Buchholz. Ueber die acut verlaufenden Erkrankungen an Dementia paralytica. (*Archiv f. Psychiatrie. Band.* 36, *Heft* 2, 1902.

[3] Régis. La paralysie générale chez la femme. Paris, 1882.

Krafft-Ebing[1]). Pour Crété[2], la maladie serait en voie d'augmentation relative chez la femme, d'après le relevé des statistiques; elle est parfois *conjugale*, et



Fig. 92. — Paralysie générale féminine (collection Dupré).
État dépressif, *pseudomélancolique*. Malgré l'attitude, le mutisme, la sitiophobie, la malade conserve sur le visage une expression demi-souriante, qui montre la contradiction entre les éléments mimiques du syndrome, et l'association illogique, propre aux états démentiels, de processus psychiques de nature opposée (tristesse et gaieté, etc.). Début de l'affection datant d'environ 2 ans : forme d'allure intermittente.

débute à quelques années d'intervalle chez les deux conjoints; le rôle étiologique de la syphilis est alors facile à mettre en évidence.

La paralysie générale conjugale, bien étudiée par Crété, Henri[3], Lalou[4], Hudovernig[5], etc., a été l'objet d'un consciencieux travail de Pourreyron[6],

[1] Krafft-Ebing. *Traité de Psychiatrie*. Traduction E. Laurent, p. 674.

[2] Crété (Saint-Yon). Quelques observations sur la paralysie générale chez la femme et la paralysie générale conjugale. Thèse Paris, 1899.

[3] Henri. Thèse de Bordeaux.

[4] Lalou. Tabes chez les conjoints. Thèse Paris, 1899.

[5] Hudovernig. *Centralblatt, f. Nerv. u. Psych.* Août 1902.

[6] Pourreyron. Tabes conjugal et tabes hérédo-syphilitique. Thèse Paris, 1903.

élève de Babinski. On trouvera, dans ce mémoire, l'histoire complète de la parasyphilis conjugale et infantile, avec la bibliographie du tabes et de la paralysie générale conjugaux et hérédo-syphilitiques.

Chez les enfants et les adolescents, la paralysie générale affecte certains caractères qui motivent la mention d'une *forme infantile* et *juvénile* de la maladie.

La *paralysie générale précoce* a fait l'objet, dans ces dernières années, depuis les premières observations de Régis[1] (1883), de nombreux et importants travaux; quelques-uns de ceux-ci offrent l'intérêt de bonnes observations, suivies d'autopsie, d'un ou de quelques cas de paralysie générale précoce, avec renseignements sur les antécédents des petits malades ; tels sont les faits de Haushalter[2], Joffroy[3], Müller[4], Raymond[5], Saporito[6], Stewart[7], Burzio[8], Gionulli[9], Hochsinger[10], Macdonald[11], Mingazzini[12], Nonne[13], Sollier[14], Thomson et Welsh[15], Toulouse et Marchand[16], Dees[17], Bennett[18], Devay[19], etc.

[1] Régis. Note sur la paralysie générale prématurée, à propos d'un cas remarquable survenu à l'âge de dix-neuf ans (*Soc. de méd.* de Bordeaux, février 1883). Un cas de paralysie générale survenu à l'âge de dix-sept ans (*Id.*, 1885). Deux nouveaux cas de paralysie générale juvénile avec syphilis héréditaire (*Id.*, 1894). Un nouveau cas de paralysie générale avec syphilis héréditaire (*Archiv. de Neurologïe*, 1901).

[2] Haushalter. Trois cas de paralysie générale chez l'enfant. (*Soc. fr. de dermat. et de syphil.*, 26 avril 1897).

[3] Joffroy. Un cas de paralysie générale juvénile à début spinal. (*J. de méd. de Paris.* Juillet 1898.

[4] Muller. Un cas de paralysie progressive chez la mère et l'enfant. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.* 2 juin 1898).

[5] Raymond. Un cas de paralysie générale précoce. (*Indépendance méd.*, 3 août 1898).

[6] Saporito. Un cas de paralysie générale juvénile avec syphilis héréditaire. (*Ann. méd. psychol.* Juillet-avril 1898).

[7] Stewart. Paralysie générale dans l'adolescence. Trois observations. (Brain, 1898, part 81, p. 39).

[8] Burzio. Un cas de paralysie générale juvénile. (*Ann. di frenatria.* Oct. 1899, p. 273).

[9] Gionulli. Paralysie générale chez un enfant; tabes, démence paralytique chez la mère. (*Riv. di psich. psichol. e neurop.*, 15 nov. 1898, p. 213).

[10] Hochsinger. Démence, paralysie générale infantile chez un hérédo-syphilit. (*Wiener dermat. Gesellschafft*, 8 mars 1899).

[11] Macdonald. Paralysie générale congénitale. (*British med. J.*, 16 sept. 1899).

[12] Mingazzini. De la paralysie générale précoce. (*Monatschr. f. Psych. u. Neurol.* Vol. III, p. 53, 1898).

[13] Nonne. Démence paralytique chez un enfant, syphilis héréditaire. (*Mittheil. aus d. Hamburg. Krankenanstalt*, II, 2, 1899).

[14] P. Sollier. Un cas de paralysie générale juvénile d'origine hérédo-syphilitique. (*Soc. med. psychol.*, 29 nov. 1897).

[15] Thomson et Welsh. Un cas de paralysie générale chez un enfant, avec calcul biliaire trouvé après la mort. (*British med. J.*, 1 avril 1899).

[16] Toulouse et Marchand. Paralysie générale infantile ayant simulé l'idiotie. (*Soc. méd. des Hôpitaux*, 29 juin 1899). Paralysie générale juvénile et épilepsie. (*Ann. méd.-psych.*, sept.-oct. 1899).

[17] Dees. Pathologie de la démence paralytique (*Psych. Wochenschr.*, 19 août 1899).

[18] A. L. Bennett. A case of adolescent general Paralysis. (*The Edinburgh med. Journal* Août 1900).

[19] Devay. *Congrès de Limoges*, 1901.

Les autres, comme ceux de Gabriel Saint-Maurice[1], Puseteri[2], de Joffroy[3], de Thiry[4], de Alzheimer[5], de Raymond[6], de Delmas[7], de Mott[8], tout en apportant des faits nouveaux en grand nombre, les rapprochent des observations antérieures analogues et tentent d'édifier ainsi l'histoire de la paralysie générale infantile et juvénile. C'est d'après l'ensemble de ces documents auxquels il convient d'ajouter le mémoire et l'article de Moussous[9], que l'on peut actuellement résumer en quelques lignes le tableau de la méningo-encéphalite progressive de l'enfance.

La *paralysie générale précoce* peut être soit *juvénile*, c'est-à-dire atteindre des adolescents pubères ou post-pubères, entre douze et dix-huit ans environ. soit *infantile*, c'est-à-dire débuter avant l'âge de dix ans.

On connaît actuellement au moins une centaine d'observations de *paralysie juvénile*. Le travail d'Alzheimer en contient à lui seul 41 cas et la thèse de Delmas se fonde sur l'étude de 69 cas. La maladie atteint, avec une fréquence à peu près égale, les deux sexes; se manifeste entre douze et dix-sept ans, et dure en moyenne quatre à cinq ans. Elle frappe souvent des imbéciles ou des débiles, et évolue en général sans délire, sous la forme démentielle simple. Elle présente parfois, parmi ses signes somatiques, des phénomènes localisés, moteurs et sensitifs, qui éveillent l'idée d'une lésion en foyer. On constate souvent un tremblement assez accusé et généralisé (Joffroy). L'ensemble des symptômes est semblable à celui de la maladie chez l'adulte, avec cette réserve cependant que les signes de la déchéance psychique et, lorsqu'il existe, du délire, sont en rapport avec l'âge et le degré d'évolution du cerveau paralytique. Ce sont ces différences, dans l'expression clinique de la maladie, qui expliquent pourquoi la paralysie générale précoce fut si longtemps méconnue, et reste encore un sujet de doute pour des aliénistes autorisés, comme Christian[10].

Cette loi de corrélation anatomo-clinique entre le degré de développement de l'écorce cérébrale et la nature des symptômes de la péri-encéphalite paralytique explique, indépendamment d'autres raisons, l'obscurité de la question de la *paralysie générale infantile*. Celle-ci, dont l'existence a été nettement

[1] G. Saint-Maurice. De la paralysie générale juvénile. Thèse Paris, 1896.

[2] Pusateri. La forme juvénile de la paralysie générale. (*Acad. de Palerme*, 26 juin 1898).

[3] Joffroy. Paralysie générale juvénile à début spinal, (*Rev. de Psychiatrie*, 1898).

[4] Thiry. De la paralysie générale dans le jeune âge. Thèse Nancy, 1898.

[5] Alzheimer. Die Frühform der allgemeinen progressiven Paralyse (*Allgem. Zeitscht. f.. Psychiatrie*, III, 3).

[6] Raymond. Paralysie générale juvénile ou syphilis cérébrale. (*Sem méd.*, 17 janvier 1900).

[7] Delmas. De la paralysie générale des adolescents. Thèse Bordeaux, 1899.

[8] Mott. Vingt-deux cas de paralysie générale juvénile, avec 16 autopsies (*Archiv. of Neurology*, 1899, p. 250).

[9] A. Moussous. De la forme infantile de la paralysie générale. (Congrès de Rome, 1894). Article Paralysie générale. (*Traité des maladies de l'enfance Grancher*, *Comby*, *Marfan*, 1898). On trouvera, dans cet excellent travail, la citation des principaux travaux sur la matière, antérieurs à ceux dont je donne l'indication, comme ceux de Vrain, Toulouse, Legrain, Régis, etc.

[10] Christian. *Soc. méd. psychol.*, février 1898.

affirmée par Moussous, est contestée par beaucoup d'auteurs, notamment par Bourneville[1]. Elle se traduirait par l'apparition, chez des enfants porteurs de divers stigmates somatiques de dégénérescence (atrophies ou dystrophies génitales, osseuses, dentaires, etc.) et ayant déjà présenté des convulsions dans le premier âge; de déchéance mentale, de troubles moteurs et sensitifs (ictus épileptiques, aphasiques, hémiparésie, vertiges, étourdissements, etc.), de gâtisme et d'un état d'idiotie acquise, que termine, au bout de trois à quatre ans, un syndrome méningitique, souvent fébrile, dans lequel succombe l'enfant. Les lésions sont, d'après les examens de Moussous, Pilliet et Morax, très analogues à celles de la paralysie des adultes.

L'étiologie de la paralysie infantile et juvénile relève de l'hérédité névropathique et de la syphilis. Cette infection se retrouve, acquise ou congénitale, dans les 4/5 des cas. Quelques observations établissent la possibilité de la *paralysie générale juvénile familiale*, se manifestant chez des frères et sœurs sous l'influence d'une hérédité syphilitique commune. Un cas intéressant de Joffroy et Rabaud[2] montre que la paralysie générale peut être *fraternelle*, sans relever de l'hérédo-syphilis et reconnaître l'étiologie dégénérative, avec addition de facteurs acquis variés (alcoolisme, paludisme, syphilis, surmenage). J'ai observé[3] un cas intéressant de paralysie générale précoce, d'origine hérédo-syphilitique, chez une débile. La mère avait contracté, étant nourrice, un chancre du mamelon. Notre malade, née deux ans après la contamination de sa mère, fut atteinte de paralysie générale vers dix-neuf ans, et en mourut à vingt-trois ans : une de ses sœurs cadettes portait les traces d'une double kératite interstitielle infantile. La paralysie générale évolua sous sa forme habituelle de Démence simple, et fut vérifiée à l'autopsie (fig. 93). Je reviendrai, aux chapitres de l'Anatomie pathologique, de l'Étiologie et du Diagnostic, sur cette question de la paralysie générale infantile.



Fig. 93. — Paralysie générale précoce (collection Dupré).

Jeune fille de 23 ans, débile, hérédo-syphilitique, morte après une évolution paralytique d'une durée approximative de 4 ans, à forme démentielle progressive simple. Le cerveau de cette paralytique est représenté figure 101.

Formes médullaires ou spinales[4]. — La moelle, chez les paralytiques généraux, n'est jamais indemne; mais parfois

[1] Bourneville. *Comptes rendus du service des idiots de Bicêtre.*

[2] Joffroy et Rabaud. Deux frères atteints de paralysie générale, appartenant à une famille de dégénérés. *Congrès de Grenoble*, 1902.

[3] E. Dupré et P. Pagniez. *Congrès de Grenoble*, 1902.

[4] La bibliographie de ce vaste sujet est complètement exposée dans le savant mémoire

les lésions y sont relativement tardives, et légères, et les symptômes médullaires sont alors très accessoires, dans le tableau clinique général de l'affection. Dans d'autres cas, les altérations médullaires sont précoces et étendues, intéressent soit les cordons postérieurs, soit les cordons antéro-latéraux, soit la substance grise, et déterminent l'apparition de syndromes myélopathiques variés. Ceux-ci ont quelques grands caractères communs. D'abord, ils sont en général précoces, par rapport aux symptômes cérébraux; aussi, les formes spinales sont-elles surtout des formes de début (Klippel); ensuite, ils ne tardent pas à s'accompagner des troubles cérébraux caractéristiques qui révèlent leur véritable nature ; enfin, ils s'atténuent, en général, lorsque s'accentuent les symptômes encéphaliques.

Les tableaux cliniques qui correspondent aux lésions médullaires de la paralysie générale composent autant de variétés de la *forme spinale* de la maladie (formes tabétique, spasmodique, bulbaire, amyotrophique, etc.).

Forme tabétique. — Cette forme se caractérise par la filiation phénoménale suivante. Pendant plusieurs années, dix ou quinze ans ou même davantage, on constate l'existence et la lente progression d'un ensemble de signes de la série tabétique. Puis, à un certain moment, souvent à la suite d'un ictus épileptique ou aphasique, d'un vertige, apparaît brusquement une crise d'agitation, avec loquacité incohérente ; ou, plus rarement, un accès de dépression mélancolique. On constate de l'embarras de la parole, de la confusion des idées, un délire polymorphe, incohérent, profondément démentiel, parfois des hallucinations. Parallèlement au développement de ce syndrome cérébral, s'atténue le syndrome médullaire : le signe de Romberg diminue, l'ataxie s'améliore. Cette évolution est signalée dans les observations concordantes de J. Falret[1], de Christian[2], de Raymond[3], de Fournier[4], de Jof-

de Klippel, paru le 1er janvier 1894, dans les *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*. Les indications des travaux postérieurs à cette date, notamment ceux de Marie, Joffroy, etc., sont données dans la thèse de Rabaud : *Lésions spinales postérieures dans la paralysie générale*. Paris 1898. Parmi les travaux récents, il faut signaler : Sibelius. *Étude des altérations histologiques de la moelle épinière, des racines et des ganglions spinaux dans la paralysie générale* (Institut pathologique d'Helsingfors, 1897). Vyrouboff. *Lésions de la moelle dans la paralysie générale*. Vratch, 1899, p. 318. — Berger. *Dégénération des cellules des cornes antérieures de la moelle, dans la paralysie générale* (*Monatsch. f. Psych. und Neurol.*, vol. III, p. 1, 1898). Heveroch. *Recherches microscopiques dans la moelle épinière, dans la paralysie générale*. (*Rospravy ceské Akademie*, VIII, 3). — Sarbo. *Syphilis, tabes et paralysie générale* (*Pester Med. Chir. Presse*, 1898, nos 3-5). Consulter aussi les Rapports à la Section de Neurologie du Congrès international de 1900, à Paris, sur les *Lésions non tabétiques des cordons postérieurs*, par Bruce (Edimbourg), Dana (New-York) et Homen (Helsingfors), et la communication de Nageotte, sur la systématisation dans le tabes.

[3] Pour la bibliographie des travaux postérieurs à ceux que j'indique, consulter les thèses de : Perpère. *Etude des Associations tabéto-paralytiques*. Thèse Paris, 1902. — Aubry. *La paralysie générale, affection syphilitique vraie*. Thèse Lyon, 1902.

[1] J. Falret. *Soc. méd. psychol.* Octobre 1877, t. XVIII, p. 429.

[2] Christian. Paralysie générale et ataxie. (*Ann. méd. psych.*, 1879).

[3] Raymond. *Soc. méd. des Hôpitaux*, avril, mai, décembre 1892.

[4] Fournier. *Bull. méd.*, 1893, p. 542.

froy[1], d'Arnaud[2], etc. A partir de ce moment, les signes de paralysie générale s'affirment avec netteté et rapidité ; les malades, tour à tour turbulents et déprimés, présentent souvent des vertiges, des ictus épileptiques partiels, et succombent en un an ou deux, au plus, à un ictus cérébral, qui les tue souvent debout (Arnaud), ayant conservé jusqu'à la fin l'amélioration des signes tabétiques et la possibilité de marcher.

Ainsi se présente, dans son évolution clinique, cette association tabéto-paralytique, dénommée par Magnan, Bouchereau et Foville : paralysie générale par *propagation ascendante ;* par Pierret : *tabes centripète;* par Garbini[3] : *paralysie générale post-tabétique*. Dans d'autres cas, plus rares, l'évolution morbide débute par le syndrome paralytique, au déclin duquel apparaissent des signes de sclérose postérieure : c'est la *paralysie générale descendante :* en pareil cas, les signes tabétiques sont très accessoires dans le tableau clinique de l'affection. L. Marchand[4] a publié un cas intéressant de tabes à évolution rapide chez une paralytique. Le processus myélopathique débuta brusquement plus de trois ans après la périencéphalite et l'incoordination se constitua en trois mois. Lorsque les deux séries de symptômes, paralytiques et tabétiques, se combinent dans une évolution à peu près contemporaine, elles forment la *paralysie générale associée*, le *tabes cérébro-spinal* de Fournier, la *tabo-paralysie* (Pierre Marie).

Cette *association tabéto-paralytique* (Perpère)[5] est peu fréquente : on l'observerait dans 3, 4 cas sur 100 (Garbini) 6, 1 cas sur 100 (Perpère), 14 cas sur 100 (Renaut). Dans les cas frustes ou légers, où ce syndrome tabétique ne s'accuse que par quelques signes isolés, il est difficile d'affirmer l'existence de lésions médullaires. L'abolition du réflexe patellaire, par exemple, peut relever d'altérations névritiques variées.

Forme de sclérose latérale, ou spasmodique. — Cette forme est constituée par l'association, aux signes de la paralysie générale, de raideurs spasmodiques et de contractures musculaires, avec exagération des réflexes et trépidation épileptoïde. On constate, en pareil cas, le signe de Babinski[6]; et l'extension des orteils est parfois le seul symptôme qui, dans ces cas de scléroses combinées[7], permette de déceler l'altération du faisceau moteur volontaire. Ces phénomènes sont bilatéraux et asymétriques, parfois unilatéraux,

[1] Joffroy. *Congrès de Clermont-Ferrand*, 1894.

[2] Arnaud. *Congrès de Toulouse*, 1897.—Le rapport de ce dernier auteur contient la bibliographie de la question des relations de la paralysie générale et du tabes, p. 74 et *passim*.

[3] G. Garbini. Contributo alla conoscenza delle paralisi progressive post-tabetiche. *Il manicomio moderno*, 2 et 3, 1899.

[4] L. Marchand. Tabes à évolution rapide chez une paralytique générale. *Rev. de psychiâtrie*, octobre 1902.

[5] Perpère. Contribution à l'étude des Associations tabéto-paralytique. *Thèse Paris*, 1902.

[6] Ardin-Delteil et H. Rouvière (de Montpellier). Recherches sur le réflexe plantaire dans la paralysie générale. (*Soc. de Neurol. de Paris*, 8 nov. 1900).

[7] J. Charuel (de Nancy). Contribution à l'étude des phénomènes des orteils. *Thèse Nancy*, 1900.

et souvent, au début, mobiles et variables. On conçoit, en pareil cas, les *variations* que peuvent présenter les *réflexes tendineux*, et l'explication de leur caractère *asymétrique*. A la longue, les phénomènes spasmodiques s'accentuent, se fixent, et entraînent l'impotence fonctionnelle des membres inférieurs, qui se rétractent et s'atrophient. Parfois, à la paralysie spasmodique succède la paralysie flasque. Au cours de cet état spastique, surviennent des ictus cérébraux, parfois mortels ; sinon, le malade succombe dans le marasme. C'est dans cette forme que se produisent parfois les attaques spinales épileptiformes et apoplectiformes, signalées en 1876 par Magnan [1], qui se traduisent par des accès de contracture des membres, des secousses cloniques, ou de la parésie, et une hyperthermie qui peut atteindre 40°.

Formes amyotrophique et bulbaire. — La paralysie générale se complique parfois de l'atrophie, non progressive et souvent unilatérale, des éminences thénar et hypothénar et des interosseux, ou de l'atrophie moins marquée, mais plus généralisée, des masses musculaires des membres, avec exagération des réflexes. Le tableau clinique rappelle alors le type de la sclérose latérale amyotrophique de Charcot [2]. Dans d'autres cas, un peu avant l'apparition des signes psychiques, on constate une parésie labioglosso-pharyngée, qui peut s'étendre aussi aux membres ; le tableau rappelle la paralysie pseudo-bulbaire. Klippel [3], qui a bien précisé ces formes spinales, y ajoute une *forme névritique*, caractérisée par la névralgie sciatique ou faciale, ou des signes de névrite avec atrophie musculaire dans les membres, survenant à titre de phénomènes précurseurs, au début de l'affection. D'autres cas réalisent des formes spinales plus complexes, où des scléroses combinées, intéressant tous les systèmes médullaires, donnent lieu à des signes de lésions pyramidales, tabétiques, poliomyéliques, etc., comme dans les faits de Magnan [4] Riebeth [5], de Déjerine [6], Variot [7], etc.

Je reviendrai sur l'étude de ces formes médullaires, à propos de l'Anatomie pathologique et du Diagnostic.

[1] Magnan. Note sur les attaques spinales épileptiformes ou convulsives et apoplectiformes avec élévation de température dans certains cas de paralysie générale (*Soc. de Biologie*, 1876).

[2] Voisin et Hanot. Mémoire sur deux cas d'atrophie musculaire. *Soc. de Biol.*, 1872.

V. Grellière. Atrophie musculaire progressive dans la paralysie générale (*Thèse Paris*, 1875).

Joffroy. *Congrès des Aliénistes, à Blois*, août 1892 et *Archives de médecine expérim. et d'anat. path.*, nov. 1892. P. Joffroy, dans son travail, rappelle les faits analogues de Liouville (1874) et de Ball, et développe des considérations sur lesquelles je reviendrai à propos de l'étude des lésions paralytiques.

[3] Klippel. Mémoire déjà cité (janvier 1894).

[4] Magnan. *Recherches sur les centres nerveux*, 1876. L'auteur cite entre autres un cas de coexistence de symptômes paralytiques, tabétiques et scléro-insulaires.

[5] Riebeth. *Münch. med. Woch.*, 1895.

[6] Déjerine. *Arch. de Physiol.*, 1876.

[7] Variot. *Encéphale*, 1891.

Associations morbides. — La paralysie générale est parfois associée à d'autres maladies du système nerveux : l'hystérie, le goitre exophtalmique, la chorée, la neurasthénie, la sclérose en plaques, la syringomyélie, le tabes. L'association avec les *névroses hystérique, neurasthénique ou basedowienne*, n'est qu'un cas particulier de ces *associations hystéro-organiques*, bien étudiées par Charcot et ses élèves ; ou de la coexistence du goitre exophtalmique et de l'une quelconque des encéphalo-myélopathies : paralysie générale, tabes, sclérose en plaques, etc., signalée par Joffroy, Barié, Ballet. L'association avec la *neurasthénie*, dont l'étude a été bien faite par Ballet, Régis et Gross (de Heidelberg) sera plus utilement commentée au chapitre du Diagnostic. A. Marie et Vallon [1], ont signalé des cas d'association de la paralysie générale avec des *symptômes choréiques*. A. Marie[2] est revenu sur ces faits, dont l'interprétation d'ailleurs est difficile. Les lésions paralytiques semblent pouvoir déterminer des *chorées symptomatiques*, dans des conditions non encore précisées.

L'association avec la *sclérose en plaques*, sur laquelle a insisté Charcot[3], n'est pas fréquente ; mais les analogies symptomatiques de la paralysie générale et de la forme cérébrale de la sclérose en plaques, de même que l'association possible des deux maladies, s'expliquent fort bien par la constance et la nature des lésions méningées de la Sclérose en plaques. Cl. Philippe et Jonès[4] ont mis en évidence les lésions de méningite corticale, dans cette encéphalopathie disséminée, et leur rapportent beaucoup des symptômes de la maladie (ictus apoplectiques, épileptiques, troubles psychiques). Souques[5], à ce propos, cite un exemple de confusion, commise chez une fille de vingt-trois ans, entre la paralysie générale et la sclérose en plaques. La question de l'association anatomique vraie des deux maladies n'est pas encore résolue. Si les cas publiés par Henschel et Westphall, cités par Variot[6] et de Schüle, cités par Mendel[7], semblent des observations positives, il existe des faits négatifs, dus à Déjerine[8], Demange[9], Variot[10], Lioubimoff[11], où la nécropsie montra les lésions de la paralysie générale, ou seules ou associées à des altérations variées de la moelle, non scléro-insulaires, ou même de simples lésions

[1] A. Marie et Vallon. *Congrès des aliénistes de Clermont*, 1894.

[2] A. Marie. *Soc. médico-psychologique*, 1903.

[3] Charcot. *Semaine médicale*, 27 janv. 1892.

[4] Cl. Philippe et Jonès. Étude anatomo-pathologique de l'écorce cérébrale dans la sclérose en plaques (*Soc. de Neurologie de Paris*, novembre 1899).

[5] Souques. *Soc. de Neurologie*, nov. 1899.

[6] Variot. Un cas de paralysie générale ayant présenté les symptômes d'une sclérose en plaques. (*Encéphale*, 1881).

[7] Voir l'article de Charcot, in *Semaine médicale*, 1892.

[8] Déjerine. Paralysie générale. Lésions de la moelle et des extrémités nerveuses (*Archives de Physiol.*, 1876).

[9] Demange. *Revue méd. de l'Est*, 1881.

[10] Variot. *Loc. cit.*

[11] Lioubimoff. Association de la paralysie générale avec les symptômes cliniques de la sclérose en plaques. (*Revue neurolog.*, 30 avril 1896).

de méningite chronique : et cependant, dans tous ces cas, l'association des deux affections semblait cliniquement évidente.

L'association avec la *syringomyélie*, qui s'éclaire par les lésions de l'épendyme dans la paralysie générale (Magnan) a été très rarement observée. Joffroy[1] en a cité un cas intéressant à propos de la constatation de l'algidité centrale des paralytiques. A l'autopsie du paralytique, on trouva une syringomyélie gliomateuse associée à la paralysie générale. G. Lombardi[2] (de Naples) a publié une observation d'altération cavitaire de la moelle chez un dément paralytique, qui avait présenté des troubles trophiques des extrémités, rattachés par l'auteur aux lésions syringomyéliques. Fürstner, Popow, Oppenheim, etc., ont également cité des cas d'association de paralysie générale et de syringomyélie.

De toutes les maladies organiques associées à la paralysie générale, c'est le *tabes* que l'on observe le plus souvent. Dans ces cas, le tabes et la périencéphalite se manifestent dans une évolution symptomatique double, à peu près contemporaine, ou bien l'une des deux maladies ouvre la scène ; le plus souvent le tabes, et la paralysie générale suit. La question du diagnostic de cette association tabéto-paralytique, avec la paralysie générale compliquée de lésions médullaires postérieures ; le problème des rapports de nature des deux maladies associées ; la conception unitaire ou dualiste de cette combinaison pathologique : seront discutés à propos de l'Anatomie pathologique et de la Pathogénie.

Complications[3]. — Comme l'étude de la plupart des accidents qui compliquent l'évolution de la paralysie générale est faite à propos soit des symptômes (ictus, troubles vaso-moteurs et trophiques, etc.), soit des associations morbides (symptômes médullaires ou névritiques), soit des terminaisons, je mentionne seulement ici la fréquence, chez les paralytiques généraux, des congestions pulmonaires, des pneumonies, des bronchopneumonies, des foyers d'apoplexie pulmonaire, de la gangrène pulmonaire par déglutition, de l'asphyxie par déviation du bol alimentaire. La plupart de ces complications sont en partie déterminées, dans leur apparition et leur gravité, par l'état vaso-paralytique chronique du poumon, que Klippel[4] a bien décrit, et qui favorise les infections secondaires.

Ces mêmes perturbations vaso-motrices compromettent également l'intégrité anatomique et fonctionnelle du foie et du rein, et entrent, pour une part non négligeable, dans la cachexie terminale des malades.

[1] Joffroy. *Congrès de Limoges*, 1901. *Loc. cit.*

[2] G. Lombardi (Cliniq. de Bianchi). Ricerca istolog. d'uno medollo affetto da siringom ed eterotopie multiple. *Ann. di neurologia*, 1899.

[3] Consulter la *Revue générale* de Durante. Les complications viscérales de la paralysie générale. (*Gaz. des Hôpitaux*, février et mars 1892).

Carrier (de Lyon). Les complications viscérales de la paralysie générale (*Ann. méd. psych.*, 1885).

[4] Klippel. *Revue générale* de Durante (p. 218 et suivantes).

On constate assez souvent, dans les poumons des paralytiques généraux, des lésions tuberculeuses, de type scléreux et d'évolution lente, dont le rôle pathogénique, dans le déterminisme de la paralysie générale, a été discuté et affirmé par Klippel[1]. On sait d'ailleurs combien, depuis les travaux de ces dernières années, tend à s'élargir et à se préciser le rôle étiologique de la tuberculose dans la genèse des affections, dynamiques ou organiques, du système nerveux central et périphérique[2].

Terminaisons[3]. — La paralysie générale se termine, en dehors de quelques cas exceptionnels, par la *mort*. Celle-ci survient, le plus souvent, avant la fin de la période cachectique terminale, dans un ictus apoplectique, suivi de coma, d'hyperthermie et de convulsions ultimes ; ou bien à la suite d'un état de mal épileptique. La *mort subite* peut, sans autre symptôme, brusquement tout terminer (Vallon, Doré). Dans la majeure partie de ces cas, le malade *meurt debout* (Arnaud), sans s'être alité longtemps. Ces morts subites ou rapides sont plus fréquentes à l'entrée de l'hiver, lors des *premiers froids humides* (Motet) ou à l'occasion des *brusques variations barométriques,* qui semblent favoriser l'apparition des ictus (Motet). D'autres fois, le paralytique est emporté, vers la fin de la période d'état, ou, plus fréquemment, dans la période de gâtisme, par une *complication intercurrente,* le plus souvent pulmonaire : bronchopneumonie, pneumonie, gangrène pulmonaire.

A une période plus avancée, la mort survient par l'un des mécanismes suivants : infection ascendante des réservoirs (cystite, uretéropyélo-néphrite), causée par la rétention d'urine, suivant le processus élucidé par les travaux d'Albarran ; conséquences septiques, locales et générales, des eschares ; asphyxie, immédiate ou rapide, par la déviation, à l'orifice supérieur du larynx, ou l'arrêt dans l'œsophage, du bol alimentaire insuffisamment mâché et trop volumineux.

Lorsque le paralytique, dément et gâteux, a échappé à tous ces accidents, il succombe, dans l'inconscience absolue de sa situation, aux progrès de la cachexie terminale, au milieu d'un ensemble de symptômes généraux multiples, qui décèlent l'insuffisance des grands viscères. La déchéance accélérée des forces, la fonte rapide des tissus, la teinte terreuse des téguments, la fétidité de l'odeur exhalée par le malade, même proprement entretenu, l'état fuligineux des narines, etc., traduisent les progrès de la dénutrition et de l'auto-intoxication : c'est le tableau du *marasme paralytique*. L'analyse des différents facteurs pathogéniques de cette cachexie terminale n'a pas encore été

[1] Klippel. Paralysie générale et tuberculose. *Ann. de Psychiatrie,* 1891.

[2] H. Dufour et M. Dide. Tuberculine. Tuberculose. Encéphalopathies délirantes. *Soc. de Neurologie.* Novembre 1899. — Anglade. Ependymite venticulaire tuberculeuse. *Revue neurol.* Février 1902. — Méningo-encéphalite tuberculeuse. *Revue neurol.* Janvier 1903. — Bienvenu. *Société méd. psycholog.* 1902.

[3] Consulter : Arnaud. Sur la période terminale de la paralysie générale. *Archives de Neurologie,* 1897, n° 18. — Elie Bonnat. *Thèse de Paris,* déjà citée, 1900. — Doré. La mort dans la paralysie générale. *Thèse de Paris,* 1898. — Marandon de Montyel. La mort aux trois périodes de la paralysie générale (*Rev. de médecine,* août 1898).

suffisamment faite, et le problème du mécanisme de la mort comporte bien des inconnues.

Il convient d'ajouter que, maintenant, grâce à la meilleure entente de l'hygiène et de l'asepsie, bien des complications d'ordre infectieux, telles que les eschares, les lymphangites, les érysipèles, les abcès cutanés, les infections urinaires précoces, etc., sont épargnées aux malades, et que, suivant la judicieuse remarque d'Arnaud et Bonnat, le sombre tableau, que nous ont tracé les anciens aliénistes, de cette dernière période, s'est relativement éclairci.

La *paralysie générale vraie peut guérir.* Les observations de cette heureuse terminaison sont extrêmement rares ; mais elles seraient certainement plus fréquentes, si tous les cas étaient publiés, dans lesquels, après avoir assisté au début net et confirmé de l'évolution paralytique, on observe une rémission vraie et complète de tous ou presque tous les signes, et la reprise par le sujet des occupations antérieures et du courant normal de sa vie. Il n'est pas logique de déclarer qu'il s'agit, en pareil cas, de pseudo-paralysie générale. En effet, si, dans la suite des choses, le pseudo-paralytique guéri est repris d'accidents cérébraux, on qualifie de rémission au cours d'une paralysie générale vraie, ce qu'on avait auparavant interprété comme la guérison d'une pseudo-paralysie générale. Inversement, si la guérison se maintient, on ne qualifie plus de rémission la cessation des accidents, mais de pseudo-paralysie générale la maladie qui a guéri. Et cependant, quelque exceptionnels que soient ces cas bien observés de paralysie générale vraie, définitivement arrêtée dans son évolution, ces cas existent, et ne peuvent être rangés dans le cadre des pseudo-paralysies générales guéries.

Après avoir cité les noms des auteurs qui croient à la curabilité de la maladie (Ferrus, Billod, Bonnefous, Bouillaud, Trélat, Faber, Laffitte, Baillarger, Morel, Foville, Delasiauve, Bayle, Lunier), Ballet et Blocq, dans leur article du *Traité de Médecine,* déclarent, en matière de conclusion, que : « quoi qu'il en soit, il est à retenir qu'un malade présentant les signes de la paralysie générale *peut* guérir ». Magnan et Sérieux[1] ont observé deux cas indiscutables de rémission illimitée des symptômes, avec amélioration générale et retour du malade à la vie ordinaire. Krafft-Ebing[2] déclare que « dans la littérature moderne, les cas de guérison tenant tête à toutes les exigences de la critique augmentent ». Mais, ajoute-t-il, souvent ces cas sont trop prématurément livrés à la publicité, pour qu'on puisse porter un jugement définitif. Ces objections s'appliquent aux cas publiés par A. Voisin[3], par Doutrebente[4], par Gauster[5]. Des cas de guérison incontestables ont été publiés par Flem-

[1] Magnan et Sérieux. La paralysie générale, p. 106-107.

[2] R. von Krafft-Ebing. *Traité de Psychiatrie,* p. 685. Traduction Laurent, 1897.

[3] A. Voisin. Traité de la paralysie générale, p. 192, 521.

[4] Doutrebente. *Ann. médico-psych.*, 1878.

[5] Gauster. *Jahrb. f. Psych.*, 1879, f. 1.

ming[1], Schüle[2], Oebeke[3], etc. Par contre, Nasse[4], cité par Krafft-Ebing, déclare que plusieurs des cas de guérison, publiés par lui en 1870, ont été suivis de rechute (1879) ; et que, dans le seul cas où la guérison ait été confirmée, le diagnostic était discutable, à cause de l'absence de dysarthrie dans le syndrome constaté avant la rémission.

Schüle [5], commentant les rémissions prolongées de la maladie, et analysant les modifications permanentes de l'état mental qui subsistent en pareil cas (sensiblerie, fatigue intellectuelle facile, troubles du jugement et du caractère, vestiges de dysarthrie, de myosis, etc.) conclut : « Ce sont des *paralysies guéries*, dont un très petit nombre a été constaté, mais qui prouvent la possibilité d'une *restitutio ad integrum*. »

Dagonet[6] n'admet pas la curabilité de la maladie. « La paralysie générale est une maladie chronique, à marche lente, mais *progressive*. Une fois confirmée, elle doit être considérée comme incurable; les cas de guérison rapportés par les auteurs ne sont souvent qu'apparents ; ils s'expliquent soit par les rémissions si remarquables de cette maladie, soit, dans quelques circonstances, par une erreur de diagnostic. » Krœpelin [7], après avoir cité, comme Krafft-Ebing, les conclusions critiques de Nasse, et insisté sur l'extrême rareté des cas de guérison, et la longueur extraordinaire de certaines rémissions, aboutit à une appréciation très sceptique de la curabilité de la paralysie générale, et il ajoute que « les cas de guérison peuvent concerner des faits de lésions cérébrales diffuses chroniques, fort difficiles à distinguer cliniquement des formes démentielles de la paralysie générale ».

A. Mairet[8] croit à la curabilité de la maladie, et cite quelques exemples personnels de rémission illimitée (six ans et dix ans) des symptômes, avec persistance d'un très léger affaiblissement intellectuel, conciliable avec la reprise du travail et de la vie antérieure, par les sujets guéris. Le même auteur croit même à l'influence du traitement sur le processus de guérison.

De cette courte revue des opinions des auteurs sur cette grosse question de la curabilité de la paralysie générale, ressort la conclusion que la guérison de la maladie semble possible, d'après quelques observations probantes prises par des aliénistes modernes d'une haute autorité.

Il est certain que si la paralysie générale a quelques chances de guérir, c'est à ses débuts, et lorsque les lésions, pas trop avancées, sont encore capables de rétrocession et de réparation plus ou moins complète. Or on conçoit qu'à ce stade initial, le diagnostic de paralysie générale soit délicat,

[1] Flemming. *Irrenfreund*, 1877, f. 1 et 2.
[2] Schüle. *Zeitschrift f. Psych.*, 32, f. 6.
[3] Oebeke. *Zeitschr. f. Psych.*, 36, f. 6.
[4] Nasse. *Zeitschr. f. Psych.*, 42, f. 4.
[5] Schüle. *Traité clinique des maladies mentales*. Trad. Dagonet et Duhamel, p. 333.
[6] Dagonet. *Traité des maladies mentales*.
[7] Emil Krœpelin. *Psychiatrie*, 1899. Chapitre : Ausgang der Dementia paralytica, p. 271.
[8] A. Mairet. Traité de thérapeutique de A. Robin. Spécialités. Traitement de la paralysie générale. Paris, 1898.

discutable, et qu'on puisse toujours le tenir pour douteux : si le malade s'aggrave et, confirmant le diagnostic hésitant, meurt de démence paralytique, le problème diagnostique est résolu. Mais si le malade s'améliore et guérit, d'un de ces états psychasthéniques graves et prolongés, sur la nature desquels on n'ose se prononcer, mais qu'on peut attribuer à un début de paralysie générale, on croira à une erreur de diagnostic, alors que en réalité on pourra avoir assisté à la rétrocession d'un processus paralytique qui débutait.

Je reviendrai sur cette discussion, au chapitre du Diagnostic ; mais je crois qu'on peut, à propos de la paralysie générale, instituer le même raisonnement qu'à propos de la méningite tuberculeuse, qui tue presque toujours, et ne guérit que dans des cas absolument exceptionnels. Il n'en est pas moins vrai qu'elle peut guérir, ainsi que le prouvent certaines observations incontestables. L'existence indiscutable des pseudo-méningites ne prouve rien contre la curabilité actuellement démontrée des lésions méningitiques vraies. Il suffit seulement d'admettre l'arrêt, à un stade précoce, du processus morbide en évolution, avec ou sans réparation consécutive, plus ou moins complète, des lésions déjà produites. Il est vraisemblable que certaines paralysies générales infantiles peuvent, en s'arrêtant à un stade précoce de leur évolution, guérir, en laissant comme vestige de leur processus éteint, un état d'*idiotie acquise,* qui représenterait un mode de terminaison exceptionnel de la maladie. Toulouse et Marchand [1] ont judicieusement insisté sur les confusions terminologiques que crée le polymorphisme clinique de la paralysie générale suivant l'âge, et par conséquent, les aptitudes réactionnelles du cerveau frappé par le processus morbide.

Pronostic. — Le pronostic de la paralysie générale confirmée est donc extrêmement grave : il devient absolument désespéré dans les périodes avancées, où les rémissions sont exceptionnelles, incomplètes et toujours temporaires. Au début de l'évolution paralytique, les rémissions sont moins rares, parfois très prolongées et presque complètes, et l'on peut, à l'extrême rigueur, espérer de longs arrêts dans le processus morbide. Cet espoir, si improbable qu'il soit, se fondera sur les heureux effets du traitement hygiénique.

La *rémission*, dont l'influence porte tantôt sur l'ensemble des symptômes, tantôt sur les signes psychiques, avec persistance des troubles paralytiques, tantôt sur les désordres somatiques avec persistance de l'affaiblissement intellectuel (Sauze [2]), se produit environ dans le dixième des cas ; plus souvent chez l'homme, à la première période, dans les formes maniaques, chez les hérédo-vésaniques, les hystériques, les alcooliques. Durables ou éphémères, vraies ou fausses, complètes ou incomplètes, les rémissions ont

[1] Toulouse et Marchand. Démence précoce par paralysie générale. *Rev. de Psychiatrie*, 1901. — Toulouse. Paralysie générale et idiotie. *Congrès de Paris*, 1900.

[2] Sauze. *Ann. méd. psychol.*, 1898.

parfois comme cause occasionnelle les grandes suppurations (Vallon [1], Doutrebente [2]); d'autres fois, elles surviennent sans cause appréciable, et la rechute se produit, plus ou moins tard, également sans cause saisissable.

Les progrès de l'affaiblissement démentiel, l'accentuation des symptômes somatiques ont la plus mauvaise signification. La fréquence et la gravité des *ictus* indiquent une évolution rapide. L'état de la nutrition permettra de juger du degré de résistance du malade.

L'apparition des signes de la paralysie générale au cours de l'évolution tabétique, s'accompagne presque toujours de l'amélioration des signes médullaires : cette amélioration coïncidant avec le développement des signes de la paralysie générale, indique une *issue fatale assez prochaine*, qui ne tarde guère plus de dix-huit mois.

On observe parfois, chez des paralytiques avancés, des *rémissions inattendues*, une amélioration de l'état somatique déjà profondément atteint et un réveil relatif de l'activité mentale. Marcé a signalé ces demi-résurrections, d'ailleurs temporaires. Baillarger, à la suite des mêmes constatations, écrivait : « La mélancolie avec stupeur paralytique, peut revêtir les caractères les plus graves, simuler une démence avancée, et cependant être suivie, même après plusieurs mois, de rémissions remarquables. » J'ai moi-même observé un cas analogue ; mais dans ce cas, l'état général de la malade avait subi, sous des influcnces mal déterminées, une aggravation rapide et profonde (cachexie aiguë, eschares, confusion mentale, etc.) qui semblait annoncer une issue fatale prochaine : la rémission heureuse, qui survint sur ces entrefaites, doit être considérée comme *la guérison d'un état toxi-infectieux surajouté* au processus de la paralysie générale : il est probable que nombre de ces rémissions tardives signalées par les anciens aliénistes, étaient des faits du même ordre, compatibles avec la possibilité de la restitution fonctionnelle relative d'un cerveau dont la désorganisation n'est pas encore trop avancée.

Il est absolument *indispensable de tenir compte de la possibilité de ces rémissions et de ces améliorations spontanées, appartenant à l'histoire naturelle de la maladie, dans l'appréciation des résultats des traitements systématiques de la paralysie générale.*

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la paralysie générale est un des problèmes les plus graves et les plus difficiles de la Neuropathologie et de la Psychiatrie. Même dans les cas où ce diagnostic semble s'imposer au premier examen, le médecin doit savoir apporter des réserves à ses affirmations, et n'émettre

[1] Vallon. Des rémissions dans la paralysie générale. *Prix Civrieux de l'Académie de médecine*, 1891.

[2] Doutrebente. *Loc. cit. Ann. med. psych.*, 1878.

qu'après plusieurs examens ses conclusions définitives. Faute de cette prudence, le médecin s'exposerait à voir l'événement apporter à un diagnostic qui semblait pourtant légitime, un démenti d'autant plus fâcheux dans ses conséquences, que, en pareil cas, la méprise du diagnostic se double d'une grosse erreur de pronostic et de traitement. Les rapports, les certificats et les consultations, que rédigent les médecins, commis comme experts ou appelés comme consultants, auprès de tels malades, doivent donc être formulés avec une minutieuse exactitude dans l'exposé des faits cliniques, et une réserve prudente et motivée dans les conclusions diagnostiques.

Ces règles générales sont d'autant plus utiles à observer que l'on étudie un malade moins avancé dans le processus paralytique. Il n'est pas, en effet, en Psychiatrie, de question plus délicate que celle du diagnostic précoce de la paralysie générale. A la seconde période, les difficultés sont beaucoup moindres; car le problème, aux phases successives de la maladie, se pose dans des termes assez différents, et les confusions à éviter varient, selon qu'on envisage la discussion diagnostique au début, au milieu ou à la fin de l'évolution paralytique.

Au *début*, la paralysie générale peut être confondue avec certains syndromes neurasthéniques, hystériques ou psychopathiques, à forme expansive ou dépressive; avec les troubles cérébraux d'origine toxique, généralement alcoolique ; avec les ictus, symptomatiques de processus étrangers à la paralysie générale ; avec certaines formes du tabes.

A la *période d'état,* avec les encéphalopathies, diffuses ou circonscrites, de la syphilis, de l'alcoolisme, de la sclérose en plaques ; les tumeurs, les hémorragies et les ramollissements du cerveau ; les méningites chroniques ; certains cas de maladie de Parkinson ; certaines variétés de tabes, de scléroses combinées de la moelle.

Aux *périodes avancées,* avec l'athéromasie cérébrale, les démences d'origine organique ou vésanique ; certains états de mélancolie stupide ou de confusion mentale grave.

Diagnostic a la période initiale

La paralysie générale a un début *réel* lent et insidieux, qui remonte toujours à une date antérieure au début *apparent*. Celui-ci se manifeste par la survenue de symptômes plus ou moins éclatants, tels que les délires et les ictus. Lorsque ceux-ci éclatent, l'enquête rétrospective minutieuse des modifications de l'état psychique et somatique qui les ont précédés, éclaire la signification et la nature de ces symptômes nouveaux. Quant à ces symptômes, ils affectent de plus, en eux-mêmes et dans leur évolution, des caractères, positifs et négatifs, qu'on notera avec

soin et qu'on rapprochera des données de l'enquête portant sur les prodromes.

Parfois, ces bruyants symptômes du début apparent font défaut, et aucun signe particulier ne vient révéler l'insidieuse évolution morbide de la période initiale, sinon les progrès mêmes de cette évolution, qui se marquent alors par des altérations psychiques et somatiques, d'abord subtiles et légères, puis un peu plus accentuées, et enfin suffisantes pour éveiller l'attention et l'inquiétude de l'entourage, et parfois du malade lui-même. C'est donc la nature progressive de cette évolution morbide qui en constitue le caractère majeur. Aucun des éléments du tableau clinique n'est par lui-même pathognomonique : c'est l'ensemble de ces éléments, considérés dans leur évolution progressive, que doit s'attacher à mettre en lumière l'enquête diagnostique.

On sait quelle est la *variété des formes prodromiques* de la paralysie générale. Au point de vue du diagnostic, certaines d'entre elles peuvent particulièrement prêter à la confusion.

Il faut signaler tout d'abord les *formes monosymptomatiques*, dans lesquelles la maladie ne se traduit longtemps que par un syndrome à peu près unique, ou seul apparent : migraine ophtalmique, simple ou accompagnée, épilepsie sensitive, ophtalmoplégie externe, etc. L'apparition et la persistance de ces différents syndromes doit tout d'abord éveiller les soupçons des médecins : on doit ensuite éliminer successivement les divers états morbides qui peuvent se compliquer de tels accidents (tabes, épilepsies, lésions en foyer) puis on instituera une enquête étiologique et clinique soigneuse sur le malade que l'on continuera à surveiller avec attention.

Les formes prodromiques les plus fréquentes sont les formes expansives et dépressives. Parmi ces dernières, une des plus intéressantes pour le diagnostic est celle que l'on peut confondre avec la *neurasthénie* ; c'est la forme neurasthénique, bien étudiée par G. Ballet [1], Gross [2] et E. Régis [3].

L'asthénie neuro-musculaire, la céphalée, les troubles dyspeptiques, les douleurs, l'irritabilité du caractère, l'inaptitude au travail, l'amnésie, les préoccupations hypochondriaques sans lésions somatiques, constituent les traits communs aux deux affections. La neurasthénie paralytique se distingue par certains caractères, qui accusent déjà le fond d'affaiblissement psychique sur lequel elle évolue : les symptômes accusés par le paralytique sont plus mobiles, plus variés, plus contradictoires, plus étranges que ceux du neurasthénique simple. Des douleurs extraordinaires, des sensations bizarres décrites en propos absurdes, des plaintes disproportionnées ; puis des changements à vue, des guérisons subites, annoncées avec enthousiasme et suivies de soudaines rechutes, constituent un ensemble de nuances étrangères à la formule

[1] G. Ballet. *Semaine médicale*, 22 nov. 1893.

[2] Gross (Heidelberg). Ueber die frühe Diagnose der progressiven Paralyse. *Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie.* 52. vol., p. 1156.

[3] E. Régis. Neurasthénie et paralysie générale. *Presse médicale*, 7 avril 1897.

mentale habituelle du neurasthénique vulgaire. De plus les stigmates fondamentaux de la névrose sont ou absents, ou inconstants, ou mal dessinés ; notamment la céphalée en casque, l'insomnie, la rachialgie, dont on connaît la fixité tenace chez le neurasthénique.

L'état mental n'est pas le même dans les deux cas. « L'intelligence du neurasthénique est bien plutôt engourdie par moments, bien plutôt épuisée rapidement par l'effort, que modifiée et perturbée dans ses manifestations. Le neurasthénique a une intelligence paresseuse ; le paralytique a une intelligence diminuée. Ce ne sont pas là des nuances, mais des différences. » (Klippel)[1].

Le neurasthénique expose en détail, oralement et par écrit, son impuissance et ses malaises psychiques ; il exprime ses inquiétudes toujours dans les mêmes termes, sans se contredire, et s'il répète la même litanie, ce n'est pas parce qu'il a oublié ses doléances passées, c'est parce qu'il désire fixer une fois de plus l'attention du médecin sur ses malaises, qu'il croit n'avoir jamais assez analysés ni décrits.

Le paralytique, au contraire, oublie ses dires antérieurs ; et lorsqu'on les lui rappelle il n'y attache plus d'importance ; il ne tient pas à son passé, il est tout au présent. Il parle de son mal avec plus d'exagération dans les termes que de conviction dans les idées ; on le fait facilement changer de thème, on peut saisir des contradictions fugitives entre le contenu de son discours et l'expression mimique de son visage ; il sourira en exprimant la crainte de mourir, etc.

Enfin, la constatation de quelques-uns des stigmates psychiques et somatiques du début de la paralysie générale, ne tardera guère à orienter le diagnostic dans sa véritable voie. A cet égard, on étudiera avec soin le langage du malade, afin de saisir, dans leurs moindres nuances, les troubles dysarthriques intermittents et légers du début : on examinera l'état des pupilles, des réflexes, etc. On notera les modifications du sens moral ou éthique ; les troubles du caractère, les désordres de la conduite ; ce sont tous là des signes paralytiques et non neurasthéniques.

L'*évolution* de l'état neurasthénique sous l'influence du traitement, *régressive* dans les cas de neurasthénie simple, *progressive* dans les cas de neurasthénie paralytique, devra être prise en considération.

Le problème diagnostique est parfois bien difficile à résoudre : surtout dans la *neurasthénie syphilitique tardive*, bien décrite par Fournier, dont les conditions d'étiologie et d'évolution sont justement celles qui président à l'éclosion de la paralysie générale. En pareil cas, d'après Gross et Régis, les prédispositions névropathiques antérieures du sujet plaideraient en faveur de la nature neurasthénique des accidents ; l'absence de ces prédispositions indiquerait la nature paralytique des symptômes.

On comprend facilement la complexité de la question. Il peut en effet s'agir soit d'une association de neurasthénie et de paralysie générale, soit

[1] Klippel. Les paralysies générales progressives, 1898.

d'une paralysie générale à masque pseudo-neurasthénique, soit d'une neurasthénie, chez un ancien syphilitique, à forme pseudo-paralytique. La neurasthénie n'est pas une maladie; c'est un syndrome, d'origine étiologique diverse : parmi les causes étiologiques du développement de l'état neurasthénique, figure le début du processus paralytique : seulement la nature de ce processus imprime, à l'état neurasthénique créé par lui, un cachet spécial, une modalité démentielle particulière, qui se traduit par les nuances symptomatiques que j'ai indiquées comme propres à la neurasthénie paralytique. Cette question du diagnostic différentiel de la paralysie générale et de certains états neurasthéniques graves post-infectieux ou parasyphilitiques ne comporte pas, seulement un intérêt diagnostique pratique : elle pose un problème de pathologie fondamental : celui de savoir si ces neurasthénies graves ne sont pas, comme l'indique Régis [1], des débuts de paralysie générale, des formes atténués et bénignes de méningo-encéphalite, susceptibles d'arrêt temporaire ou définitif dans leur évolution ultérieure, suivant les cas, les conditions, les traitements. Certains de ces états cérébrasthéniques ne sont peut-être que des formes de transitions critiques, entre les encéphalopathies fonctionnelles et les encéphalopathies organiques.

En cas de doute, l'étude de l'évolution constitue la ressource majeure du diagnostic. Les résultats de la *ponction lombaire* apportent aujourd'hui à ce problème si difficile du diagnostic différentiel des formes initiales de la paralysie générale, un appoint objectif extrêmement précieux (voyez le chapitre spécial consacré à ce moyen de diagnostic).

Les rapports de la paralysie générale et de l'*hystérie* sont mal élucidés, et mériteraient d'être étudiés de près. Cette grosse question, que la Société médico-psychologique vient de mettre à son ordre du jour, a été amorcée par une communication de A. Marie [2], à propos de deux observations d'hystérie chez des paralytiques généraux, rapportés par Vigouroux et Juquelier, et des cas antérieurs de Régis et Rey. A. Marie rappelle les observations qu'il a présentées avec Vallon, au Congrès de Clermont, de paralysie générale avec chorée, et rapproche ces cas des associations hystéro-tabétiques et des coïncidences de névroses variées avec la méningo-encéphalite.

L'hystérie peut s'associer à la paralysie générale, ou la simuler plus ou moins grossièrement. Les cas d'*association hystéro-paralytique* résultent de l'apparition d'accidents hystériques chez des paralytiques généraux confirmés ou du développement de la paralysie générale chez des hystériques.

Dans le premier cas, on observerait, d'après Régis [3], une heureuse modification dans les allures et la forme de la paralysie générale, dont l'évolution devient rémittente et la durée plus longue. Rey [4] n'aboutit pas aux mêmes

[1] Régis. *Presse méd.*, avril 1897.

[2] A. Marie. Paralysie générale et névroses. *Soc. méd. psychologique,* 26 janvier 1903.

[3] Régis. Note sur les rapports de la paralysie générale et de l'hystérie (*Gaz. méd. de Paris,* Janv.-février 1882).

[4] Rey. Crises hystériques chez un paralytique (*Ann. médico-psychol.*, 1885).

conclusions : il a constaté que l'apparition de la paralysie générale chez des hystériques mettait fin aux accidents et aux crises de la névrose. Il est possible, d'après quelques auteurs, de rapporter à l'hystérie certains des ictus de la paralysie générale, dans lesquels l'apoplexie hystérique jouerait un rôle encore mal élucidé, ainsi que d'autres malaises[1]: étouffements, pleurs, spasmes, etc. (A. Voisin, Magnan et Sérieux, Régis, Camuset, etc).

Les cas de *simulation de la paralysie générale par l'hystérie* sont absolument exceptionnels. Drouet[2] en a cité une observation, d'ailleurs insuffisamment explicite. Souques, dans sa thèse si complète et si documentée, n'en rapporte aucun exemple.

Ballet et Blocq mettent le médecin en garde contre la simulation du tremblement et de la dysarthrie paralytiques, par le tremblement et l'embarras de la parole qu'on peut observer chez certains hystériques mâles, déprimés, tristes et préoccupés. C'est en effet là une cause d'erreur qu'il faut connaître : en pareille occurence il s'agit d'une *association hystéro-neurasthénique* à forme dépressive, avec troubles plus ou moins accusés de l'émotivité, et le complexus morbide ainsi réalisé peut simuler, à un examen superficiel, le syndrome paralytique. J'ai eu, à plusieurs reprises, l'occasion de constater l'existence de ce syndrome hystéro-neurasthénique avec dépression mentale, amnésie, dysarthie trémulante et ataxique, tremblement digital et troubles de l'écriture etc., chez des adultes atteints de syphilis assez récente (2 à 3 ans) et soumis à un traitement mercuriel intensif. L'*hydrargyrisme thérapeutique,* prouvé d'ailleurs par des poussées de gingivite et de colite diarrhéique, joint aux soucis et à la crainte causés par la maladie, me paraissent en pareil cas les facteurs de ce syndrome de nature toxique, grossièrement simulateur de la paralysie générale et justiciable du repos, de l'hydrothérapie et de l'abstention de tout traitement spécifique.

Les difficultés augmentent encore lorsque le cas se complique de *bégaiement hystérique*[3], à forme paralytique, ainsi que j'en ai observé un type fort intéressant. Il s'agissait d'un saturnin, légèrement alcoolique, hystéro-neurasthénique, et affecté, depuis une vive secousse morale qu'il avait subie quelques semaines auparavant, d'un bégaiement complexe, et simulant à s'y méprendre, la dysarthrie paralytique : cette dysarthrie, jointe à de l'inégalité pupillaire, à du tremblement, à des troubles profonds de la mémoire, de l'émotivité, de la sensibilité, etc., composaient un tableau clinique complexe, qui avait fait poser le diagnostic de paralysie générale saturnine à des médecins éclairés.

Le diagnostic pouvait cependant être rectifié, si l'on considérait que la dysarthrie était intermittente, éminemment soumise dans ses variations, à

[1] Dubreuilh. Phénomènes hystériques dans le cours d'une paralysie générale, chez un homme ayant marqué le début d'accidents méningitiques aigus. Discussion par Garnier. Régis. — Congrès de Bordeaux, 1895.

[2] Drouet. Diagnostic de la paralysie générale (*Ann. med. psychol.*, 1871).

[3] Guillain. Le bégaiement hystérique. *Soc. de Neurologie* et *Revue de médecine,* 1901.

l'émotivité du sujet; qu'elle était bien plus spasmodique que paralytique; qu'elle avait débuté assez brusquement, dans des circonstances étiologiques particulières; enfin, qu'elle était associée à des troubles hystéro-neurasthéniques et toxiques et non pas à l'affaiblissement démentiel de la paralysie générale, que l'analyse psychique du malade ne permettait pas de reconnaître. L'évolution des accidents a d'ailleurs confirmé dans ce cas le diagnostic d'hystéro-neurasthénie.

On reconnaîtra l'*intervention de l'hystérie dans la paralysie générale*, par la constatation des stigmates de la névrose; par l'examen des yeux, qui montre l'absence des symptômes paralytiques et l'existence des stigmates hystériques; par l'étude de l'état mental, de l'évolution des phénomènes, brusque apparition et disparition des accidents, etc.

Pitres [1] a cité une curieuse observation dans laquelle le *méningisme chronique* hystérique *simula grossièrement la paralysie générale* [2]. Régis a observé des cas analogues.

Il résulte donc de ces documents que l'*hystérie* peut, suivant les cas, *se superposer, s'associer* à la paralysie générale, ou la *simuler*. Dans d'autres cas, elle semble avoir un peu modifié et retardé l'évolution de la méningo-encéphalite (Régis). L'association de ces états névrosiques à la paralysie générale, se distinguera de la simulation de la maladie organique par l'hystérie et la neurasthénie au moyen de la *ponction lombaire*, dont les résultats, positifs ou négatifs, indiqueront l'existence ou l'absence, à la base du syndrome observé, de lésions méningées en activité.

L'association, d'ailleurs exceptionnelle, de la paralysie générale, avec le *goitre exophtalmique* ou la *chorée*, ne déroutera pas le diagnostic d'un clinicien averti de la possibilité de telles coïncidences. La *chorée chronique*, maladie de Huntington, simule parfois, dans ses périodes avancées, le syndrome démentiel de la paralysie générale. Mais l'anamnèse, l'existence des mouvements désordonnés, les grimaces, l'irritabilité du caractère [1], l'absence des grands signes physiques de la paralysie générale permettront de reconnaître la démence choréique. Cette psychonévrose dégénérative, héréditaire, souvent familiale, contraste également avec la paralysie générale, maladie d'origine toxi-infectieuse, individuelle, et plus masculine que féminine. Binswanger a cependant signalé des cas où les lésions de la paralysie générale furent trouvées à l'autopsie de sujets ayant offert le syndrome de la chorée chronique. Les travaux de Lannois, Paviot, Rispal, Greppin, Kéraval et Raviart, Ladame, établissent cependant une distinction nette entre les lésions choréiques et les lésions paralytiques.

Le diagnostic avec certains aspects ou certaines périodes de l'*épilepsie* peut prêter à l'erreur ; les ictus prodromiques isolés, de la paralysie générale, se distinguent des accès épileptiques par leur caractère généralement tardif ;

[1] Pitres. Leçons sur l'hystérie, 1891.
[2] E. Dupré. Le méningisme. Congrès de Lyon, 1894.
[3] Ladame (de Genève). Des troubles psychiques dans la chorée dégénérative. (*Arch. de Neurologie*, février 1900).

ils surviennent à l'âge adulte, et l'affaiblissement intellectuel des malades est notoire. A la suite de certains accès d'épilepsie, l'inégalité papillaire, le gâtisme, le tremblement, l'embarras de la parole, l'amnésie, l'obtusion intellectuelle, les parésies transitoires, les délires, peuvent simuler une paralysie générale, qu'on cessera bientôt de soupçonner, en considérant l'évolution rapidement régressive des accidents, l'état mental, les antécédents, etc.

La démence épileptique se distinguera par ses antécédents, son évolution, l'absence, en général, de troubles moteurs; la déchéance intellectuelle, consécutive à l'état de mal épileptique, se jugera par la notion des anamnestiques, et l'évolution clinique. Toulouse et Marchand[1] ont publié un cas de paralysie générale précoce, survenu chez une épileptique.

Séglas[2] a bien montré les difficultés du diagnostic, dans certains cas, lorsque les troubles intellectuels apparaissent chez des épileptiques déjà en voie de démence. sont entretenus par des accès rapprochés les uns des autres et s'accompagnent de signes physiques analogues à ceux de la paralysie générale. En pareil cas, le cyto-diagnostic céphalo-rachidien est particulièrement précieux. On sait, qu'en règle générale, la lymphocytose manque chez les épileptiques : cependant, la coïncidence de la paralysie générale et de l'épilepsie, démontrée par les cas de Toulouse et Marchand, de Péon[3], peut encore compliquer le problème diagnostique, que pourra seul résoudre l'observation très prolongée du malade.

Dans la *maladie de Parkinson*, le tremblement diminue avec les mouvements intentionnels; on n'observe pas de troubles pupillaires ni dysarthriques. Le facies exprime la surprise et l'ahurissement, plutôt que l'apathie et l'optimisme ; et, si la paralysie agitante se complique parfois de troubles délirants, un examen, même superficiel, suffit à montrer que le parkinsonnien non seulement n'est pas un dément, mais encore reste souvent en possession de toute ou presque toute son intelligence ; c'est un point sur lequel Brissaud[4] a fort judicieusement insisté.

Le diagnostic de la paralysie générale avec les *psychoses* peut se discuter à propos de la plupart des états vésaniques. Le problème se pose dans des termes forts différents, suivant la forme qu'affecte la démence paralytique. D'une manière générale, la forme dépressive simule les états mélancoliques; la forme expansive, les états maniaques ; l'alternance de ces deux formes est à distinguer de la folie périodique. Les psychoses des débiles, des imbéciles, rappellent souvent de près les délires paralytiques ; enfin, les troubles psychopathiques greffés sur les lésions en foyer du cerveau peuvent simuler assez bien également le syndrome de la paralysie générale.

[1] Toulouse et Marchand. *Ann. méd. psych.*, 1899.

[2] Séglas et H. Français. A propos du diagnostic de l'Epilepsie et de la Paralysie générale. *Presse Médicale*. Septembre 1902.

[3] Péon. *Congrès des aliénistes d'Anvers*, 1898.

[4] Brissaud. Leçons sur les maladies nerveuses. Paris, 1895. — Maladie de Parkinson, t. II.

États maniaques. Délires ambitieux. — Les différentes formes d'excitation maniaque, depuis la simple exaltation intellectuelle passagère, jusqu'à l'agitation maniaque suraiguë, peuvent être observées au début de la paralysie générale. Il faut savoir les distinguer des syndromes analogues qui éclatent chez les prédisposés, les dégénérés et les circulaires; il faut aussi ne pas confondre le délire ambitieux du paralytique avec la mégalomanie du délirant systématique.

Le diagnostic est souvent très difficile, et parfois ne peut être résolu que par l'étude de l'évolution de l'accès. Les principaux signes différentiels sont les suivants :

L'excitation intellectuelle du paralytique est, relativement à celle du vésanique, pauvre, terne, incolore dans son expression, changeante et instable dans son thème, absurde et incohérente dans son objet et sa formule. La physionomie est moins intelligente, moins vive, moins animée que celle du vésanique. Il y a non seulement surexcitation des idées, mais affaiblissement et discontinuité des processus psychiques; les réparties du paralytique n'ont pas la justesse et l'à-propos de celles qu'on peut obtenir du maniaque. Enfin, le caractère absurde, illogique, contradictoire du délire se retrouve dans la conduite et les actes du paralytique.

Un caractère différentiel, sur lequel ont insisté Falret et Régis, est la bienveillance, la douceur, la générosité des tendances morales du paralytique, opposés à la méchanceté, l'agressivité, l'égoïsme du maniaque vésanique. Cette distinction, dont Christian a contesté la valeur, et qui, d'ailleurs, ne peut être invoquée que si l'on tient compte, dans son application, de la formule morale antérieure du sujet, semble, en général, assez fondée.

Parant[1] a cité des observations, dans lesquelles l'excitation intellectuelle de la période prodromique de la paralysie générale ne portait pas en elle ce cachet démentiel sur lequel insistent tous les auteurs. Il est, en effet, certain que, chez les paralytiques généraux à hérédité vésanique, les accès d'excitation psychique peuvent être très précoces; ils se développent alors sur un terrain encore peu affaibli, dont ils exaltent momentanément, dans une sorte de dynamie superficielle, les facultés intellectuelles. On peut assister alors à un déploiement insolite et remarquable d'activité psychique, dans les différents domaines de l'imagination, de la production intellectuelle, des aptitudes motrices, génésiques, etc. ; le malade, agité par un incessant besoin d'activité, entreprend tout à la fois, accepte toutes les collaborations, et construit mille projets d'avenir : c'est la *polypragmasie prodromique* de la paralysie générale, qu'on n'observe que chez les sujets déjà remarquables par leur activité et leur intelligence (financiers, savants, littérateurs, artistes, ingénieurs, etc.).

L'intérêt de ces faits exceptionnels est surtout d'ordre médico-légal, au point de vue de l'analyse rétrospective de la responsabilité des actes commis à cette période précoce par des paralytiques méconnus.

[1] Parant. De la suractivité intellectuelle sans délire ni démence dans la période prodromique de la paralysie générale (*Ann. méd. psychol.*, 1887).

Les accès de délire ambitieux qui portent, chez les paralytiques généraux, le cachet démentiel décrit à la symptomatologie, peuvent être confondus avec les *bouffées ambitieuses des dégénérés,* surtout des débiles, qui sont désordonnées, exubérantes, polymorphes, mais à un degré moindre que le délire du paralytique général ; celui-ci atteint souvent le comble de l'absurdité, de la niaiserie et de la contradiction. C'est le caractère démentiel, et non la couleur ambitieuse du délire, qui doit faire soupçonner la paralysie générale. C'est un point que je développerai plus bas, à propos du diagnostic avec les psychoses des débiles.

L'association des signes somatiques aux troubles psychiques sera ici, comme toujours, en matière de paralysie générale, l'*argument majeur du diagnostic.* On recherchera le tremblement, les stigmates oculaires et dysarthriques; une observation prolongée et attentive sera souvent nécessaire pour saisir au passage un accroc de la parole, un tremblement fibrillaire nasolabial, un peu d'incertitude ataxique des mouvements.

L'étude des antécédents sera d'une extrême importance. L'âge même, la notion d'une syphilis ancienne, d'ictus antérieurs, de troubles médullaires, de paralysies oculaires, d'une déchéance mentale lente et progressive, ayant précédé l'explosion de l'accès maniaque ; seront à opposer, en faveur de la paralysie générale, aux notions que l'on recueillera dans le passé des vésaniques : âge moins avancé, hérédité vésanique, stigmates physiques de dégénérescence, début brusque, précédé non de prodromes paralytiques, mais parfois d'accès maniaques ou délirants antérieurs, de formule variée.

États mélancoliques. Délires hypochondriaques. — Les formes dépressives de la paralysie générale affectent souvent, surtout au début, les allures de la mélancolie simple, anxieuse ou stupide, avec ou sans idées hypochondriaques ou de négation. Le diagnostic de ces formes présente plus de difficultés que celui des formes maniaques, parce que les malades souvent muets et immobiles, offrent moins de prise à l'examen des troubles psychiques et dysarthriques, et que quelques-uns des stigmates paralytiques (inégalité pupillaire, tremblement lingual) peuvent être observés dans certains états mélancoliques.

Il existe souvent, à la période prodromique de la paralysie générale, une *phase mélancolique,* plus ou moins intense et prolongée (Guislain, Griesinger, Falret), parfois précédée de vertiges, d'éblouissements, ou d'ictus apoplectiques. Dans des cas plus rares, la paralysie générale revêt, pendant presque toute son évolution, l'aspect de la mélancolie, avec délire hypochondriaque et idées de négation, de destruction d'organes. Mais, le plus souvent, l'état mélancolique a une durée limitée, et se présente sous la forme simple, anxieuse ou stupide.

La *mélancolie paralytique* se distingue par le caractère mobile, inconsistant, absurde des conceptions délirantes. Celles-ci sont des craintes de vol, d'empoisonnement, de mort; des idées de négation et de destruction d'organes ; le délire est limité à l'organisme et au milieu ambiant direct du malade, il ne s'étend pas à la sphère métaphysique, ainsi que cela est si fré-

quent chez le mélancolique anxieux (Arnaud). On ne constate que très rarement des idées de culpabilité, d'autoaccusation, d'hypochondrie morale, contrairement à la règle du délire mélancolique vésanique.

Les idées sont juxtaposées, sans lien logique, à des idées de grandeur absurdes et mobiles. L'étude de ces idées de négation paralytiques, dans leurs formules, leurs rapports, leur valeur séméiologique, a été fort bien faite par Séglas[1]. Certains actes, certains gestes, pourront servir à établir le diagnostic différentiel : tentatives de suicide absurdes, sourire béat, attitude orgueilleuse, qui détoneront avec le reste du syndrome mélancolique (fig. 94).

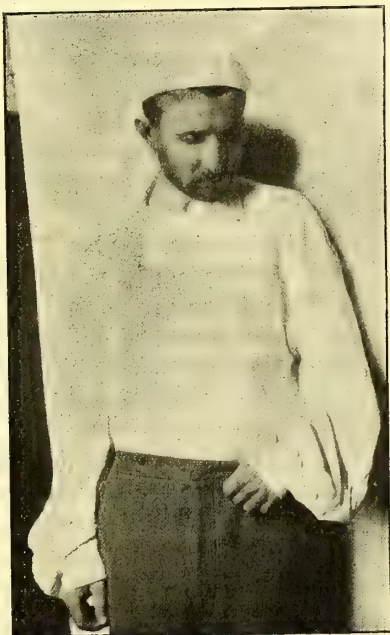


Fig. 94. — Paralysie générale (collection G. Ballet).
État mélancolique symptomatique. Le facies et l'attitude expriment la tristesse soucieuse et l'affaiblissement démentiel.

Le *délire hypochondriaque* apparaît, chez le paralytique général, rapidement, et se développe ou d'emblée, ou secondairement à une phase d'agitation maniaque. Chez le mélancolique vésanique, surtout dans la forme anxieuse, ce délire est généralemeut précédé de plusieurs accès de mélancolie simple. Il évolue, chez le paralytique, vers la démence progressive, tandis que, chez le vésanique, il se systématise, vire aux idées d'énormité, d'immortalité, et persiste très longtemps sans démence.

Il est cependant certains cas de diagnostic très difficile, où la mélancolie vésanique évolue pendant des années, avec un délire hypochondriaque et négatif des plus absurdes, des signes somatiques analogues à ceux de la paralysie générale, sans cependant aboutir à la démence ni au gâtisme. « C'est là un des points d'interrogation que soulève la terminaison des mélancolies. » (Arnaud.)

La mélancolie avec stupeur est du diagnostic différentiel le plus difficile. On parviendra parfois, en observant attentivement les malades, à saisir un peu de dysarthrie, l'émission d'une idée de grandeur (Marcé), qui pourrait servir à dépister la nature paralytique du syndrome.

La syphilis, relativement rare chez les vésaniques, est la règle chez les paralytiques. La mélancolie anxieuse apparaît souvent, surtout chez la femme, à un âge bien plus avancé que la paralysie générale. Enfin, on n'omettra pas de rechercher l'existence, dans les antécédents, des ictus, qui acquerront alors une signification diagnostique précieuse.

[1] J. Séglas. Le délire des négations, p. 190.

Les *folies intermittentes,* dans leurs variétés périodique, alterne, circulaire, à double forme, présentent à leurs différentes phases, expansives et dépressives, les mêmes difficultés de diagnostic que celles des états maniaques et mélancoliques. La notion de l'évolution très nette et ancienne de la psychose, avec le retour intégral de la santé psychique entre chacune des périodes délirantes à brusque début, permettra le plus souvent d'éliminer la paralysie générale. Dans les cas où l'évolution paralytique affecte la forme intermittente, on constate, dans les intervalles lucides, une rémission incomplète des accidents, l'existence des stigmates somatiques. Certains cas, d'un diagnostic bien difficile, sont ceux des intermittences, d'allures franches, qui se terminent, au bout de quelques accès, dans le syndrome paralytique.

Les *psychoses des débiles* peuvent simuler la paralysie générale, à cause précisément du fond de faiblesse psychique sur lequel elles reposent, et qui imprime au délire un caractère pseudo-démentiel, très voisin de la démence paralytique[1].

On différenciera les bouffées ambitieuses avec excitation maniaque des débiles, des dégénérés, par la précocité de leur apparition, la soudaineté de leur début, sans prodromes, et de leur disparition; la nature, pauvre et débile plutôt que démentielle du délire (persistance de la mémoire, conservation relative de la conscience, etc.) ; la présence des stigmates de dégénérescence, l'absence des stigmates paralytiques ; la notion des antécédents héréditaires et personnels, etc.

La *paralysie générale chez les débiles, les imbéciles* sera difficilement reconnue. Certains vices d'articulation, d'origine congénitale et dégénérative, peuvent chez eux masquer pendant longtemps la dysarthrie paralytique (Séglas, Boiron). Le diagnostic n'est possible que par l'étude de l'évolution morbide. L'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien peut apporter au diagnostic de ces cas obscurs un élément de premier ordre.

Les *psychoses systématiques progressives* (Garnier), le *délire chronique* (Magnan) ne peuvent guère prêter à la confusion avec la paralysie générale. Je ne m'arrêterai pas à discuter ici ce diagnostic.

Lorsque la paralysie générale survient dans l'enfance, elle peut revêtir le masque de l'*idiotie;* une intéressante observation de Toulouse et Marchand[1], en fait foi; en pareil cas, l'enquête anamnestique soigneuse et l'étude de l'évolution peuvent, en précisant la date de début et le mode de progression des accidents, établir le diagnostic.

La paralysie générale, à sa période initiale, peut être simulée par d'autres syndromes, d'origine toxique ou organique; mais, comme le problème diagnostique peut se poser à peu près dans les mêmes termes, à la période

[1] Voir à ce sujet les leçons de Magnan, les thèses de Legrain (Du délire chez les dégénérés, 1886) et de Boiron (Contribution à l'étude du diagnostic de la paralysie générale, 1889); les observations de Christian (*Ann. médic. psych.*, 1881) de Arnaud (Deux cas de paralysie générale avec autopsie, chez des imbéciles. *Ann. méd. psych.*, 1888) de Toulouse et Marchand (*loc. cit.*).

[2] Toulouse et Marchand. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, juin 1899.

d'état de la maladie, vis-à-vis de ces mêmes syndromes, j'étudierai ceux-ci au chapitre du diagnostic de la paralysie générale à sa période d'état.

Avant d'aborder ce chapitre, on peut essayer de résumer les notions essentielles, sur lesquelles se fonde le diagnostic précoce de la paralysie générale.

Diagnostic précoce de la paralysie générale. — Les anciens aliénistes justement préoccupés de grouper les signes révélateurs de la prédisposition à la paralysie générale, avaient essayé de constituer certains types cliniques de prédisposés à la maladie, et de tracer *le portrait des candidats à la paralysie générale.* Bayle et surtout Lunier, ont insisté sur certains caractères somatiques, rappelant les types sanguins ou pléthoriques et les types nerveux des anciens tempéraments[1].

Falret rappelle que « les paralytiques généraux ont eu pendant toute la « vie un caractère actif, entreprenant, téméraire ; que leur existence a été « souvent agitée, etc. »

A cet égard, il faut se garder de confondre les manifestations névropathiques du prédisposé avec les manifestations prodromiques du paralytique ; aussi est-il nécessaire de pouvoir toujours, grâce à une anamnèse minutieuse et lointaine, « comparer les malades à eux-mêmes » (Delasiauve)[1].

L'entrée en scène, même chez un névropathe, du processus paralytique, ne tarde pas à produire un changement dans la personnalité intellectuelle, morale et affective du sujet, qui est d'un grand secours pour le diagnostic précoce. Je rappelle ici la dysmnésie prodromique ; les ébauches des formes mélancoliques ou expansives, dans ces états psychiques faits, le premier : d'irritabilité, de dépression, de crainte, de préoccupations hypochondriaques, de passive inertie ; et le second : de cette dynamie particulière, d'optimisme, d'exaltation des facultés, d'exagération de la personnalité s'exerçant surtout dans un sens dont les éléments sont empruntés au milieu, à la profession et aux tendances natives du sujet, et aboutissant, à cause de l'altération du sens moral et de l'affaiblissement démentiel, à des actes étranges, repréhensibles, délictueux ou criminels, qui caractérisent la *période médico-légale* de la paralysie générale.

Tous les incidents de cette période ont une physionomie caractéristique, bien résumée par W. Burmann[1] : bons antécédents du sujet, spontanéité de l'acte, inhabileté dans la perpétration, futilité de l'objet volé ou des motifs qui ont armé le bras.

Les éléments psychiques du diagnostic précoce de la paralysie générale se tirent donc de l'altération commençante de la personnalité du sujet ; c'est une : *Dementia incipiens,* avec tendance à l'exaltation ou à la dépression psychique. Le langage, les actes et la conduite du malade revêtent ainsi un

[1] Voir les pages 13-15 de la thèse de Baudron. De la possibilité d'un diagnostic précoce de la paralysie générale. Paris, 1895.

[2] Delasiauve. Diagnostic différentiel de la paralysie générale. *Ann. médico-psychol.*, 1851, p. 615.

[3] W. Burmann. (Cité par Baudron). *J. of mental Science*, 1873-74.

caractère démentiel et amoral particulier. Tous les auteurs, avec Régis, insistent sur ce dernier point, contrairement aux conclusions de Parant, pour qui la suractivité intellectuelle du début de la maladie peut se manifester, sans délire ni démence, en créant chez le sujet un état mental en partie nouveau et momentanément supérieur.

Quelle que soit la haute valeur séméiologique des troubles psychiques,

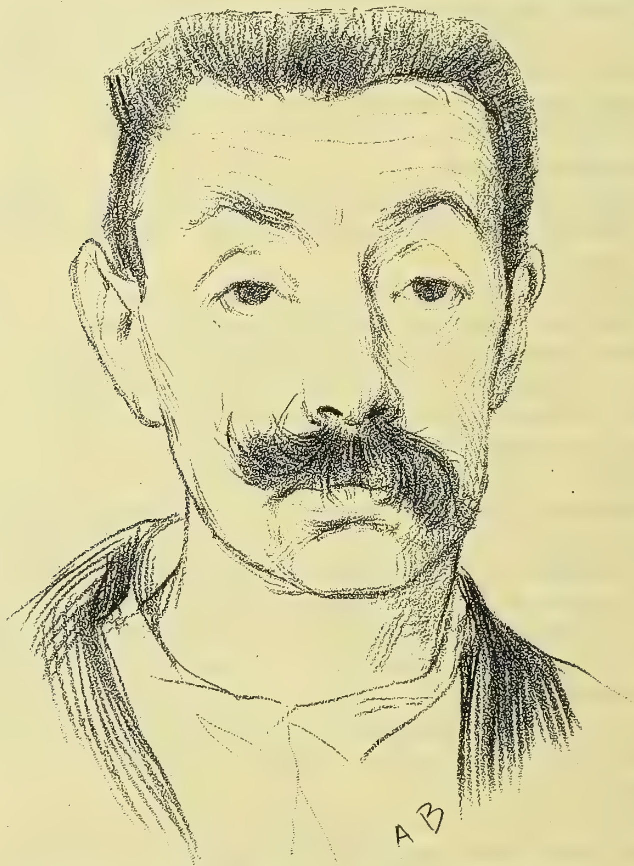


Fig. 95. — Paralysie générale au début (collection Dupré).
Remarquer l'expression mal éveillée du facies, due au *demi-ptosis palpébral*, à l'élévation des sourcils, aux rides du front, à l'hébétude du regard, etc. Le croquis, fait par Bessin, d'après nature, est d'une parfaite ressemblance : le malade conserve toujours la même expression. Comparer avec la malade de la figure 99, qui présente le même demi-ptosis psychoparalytique.

ceux-ci ne peuvent à eux seuls suffire à établir le diagnostic même précoce de la paralysie générale. La constatation des signes somatiques est nécessaire ; aussi faut-il s'attacher à saisir ceux-ci dans leurs nuances les plus légères, et dès leur première apparition. L'aspect de la physionomie peut donner quelques indications : le visage, parfois congestionné, a souvent une expression hébétée,

indifférente, première ébauche du facies démentiel des périodes ultérieures. Verhoogen attribue cette expression à la parésie du facial supérieur et de l'oculo-moteur commun. Cette parésie provoque « un effort de compensation, par suite duquel « le front se plisse de rides visiblement marquées, tandis que les fentes palpébrales se trouvent rétrécies par un ptosis plus ou moins accentué[1] ». Le malade a souvent l'air d'un homme mal éveillé, ou qui a envie de dormir (fig. 95).

On observe aussi sur le visage des tressaillements spasmodiques et des contractions fibrillaires, des mouvements convulsifs combinés des paupières, de l'aile du nez et de la houppe du menton (Baudron). Ces tremblements parcellaires, visibles surtout au début de l'articulation des mots, sont souvent provoqués par la seule intention de parler.

Un symptôme, de constatation facile, qui m'a frappé par sa fréquence et sa précocité, consiste en *un trouble dans l'exécution volontaire des mouvements commandés,* appréciable surtout à la face, en vertu duquel le mouvement accompli est retardé, dévié ou inverti, et enfin élargi dans son exécution. Lorsque, par exemple, on commande au malade d'ouvrir les yeux, il ouvre la bouche ; de fermer la bouche, il ferme les yeux ; de tirer la langue (les yeux étant fermés), il ouvre les yeux, etc. L'acte moteur, exécuté au commandement, est d'abord légèrement retardé ; ensuite, il s'accomplit le plus souvent dans le sens du mouvement prescrit (ouverture ou fermeture des sphincters du visage) mais dans une fausse direction, et quelquefois il est exécuté dans le sens contraire du commandement. Enfin, il pèche toujours par excès, par extension de mouvements. Le geste déborde, de la sphère d'exécution commandée, aux sphères voisines : l'influx neuro-musculaire irradie au delà des limites du territoire mobilisé. Le malade comprend bien, mais exécute de travers l'ordre reçu. Parfois, il l'exécute avec succès, mais après plusieurs tâtonnements contradictoires. Il s'agit d'un trouble qui ne porte ni sur la conception psychique, ni sur l'exécution neuro-musculaire périphérique de l'acte commandé, mais bien sur les opérations associatives intermédiaires à l'idée et à l'exécution de l'acte. C'est un trouble de l'association psycho-motrice corticale, par suite duquel le malade manque le but qu'on lui commande d'atteindre ; il ne se manifeste que par l'interposition, plus ou moins brusque et inattendue, dans l'automatisme psychique du sujet, d'un élément étranger (une idée, un commandement) s'adressant à sa conscience et sollicitant sa volonté. Ce trouble, qui met bien en lumière l'altération du mécanisme des associations idéo-motrices, n'est pas spécial aux paralytiques généraux : il existe chez la plupart des déments organiques ; on le rencontre également chez les débiles, où il traduit l'imperfection congénitale des associations idéo-motrices. La grande valeur séméiologique qu'il revêt chez les paralytiques généraux est tirée des caractères qu'il présente, de trouble acquis, récent, associé aux autres perturbations motrices précoces

[1] R. Verhoogen. Le diagnostic précoce de la paralysie générale progressive. (*Congrès des médecins d'assurances*. Bruxelles, 1898).

de la maladie, et envisagé d'ailleurs, comme celles-ci, avec la plus grande indifférence par les malades. Ce trouble du mécanisme de passage du concept à l'exécution du mouvement pourrait être dénommé : *parectropie* (du grec παρεκτροπη, action de mettre en dehors et à côté du but). (Voy. les fig. 96 et 97.)

L'élocution révèle les troubles dysarthriques, résultant de l'ataxie des lèvres et de la langue, et que le malade cherche à corriger, au début, par la lenteur dans la prononciation, la diminution dans l'étendue des mouvements labio-linguaux, le rapprochement des arcades dentaires (Bayle, Calmeil).



Fig. 96.



Fig. 97.

Ces deux figures sont destinées à mettre en évidence les *troubles parectropiques* de l'association idéo-motrice, dans la paralysie générale. Dans la figure 96, le malade est au repos, les yeux fermés ; au commandement : « Ouvrez les yeux ! », le malade ouvre tout grands, non seulement les yeux, mais la bouche (fig. 97), dans un acte simultané, qui traduit la diffusion du processus psychomoteur aux centres du voisinage (collection Dupré).

A ce moment, l'étude de l'écriture révélera les troubles calligraphiques et psychographiques (doublement des jambages des *m*, des *n*; défauts des déliés, irrégularités des lignes ; fautes d'orthographe, de grammaire, etc.)

L'inégalité et les déformations des pupilles, le myosis, le signe d'A. Robertson, sont aussi des troubles oculaires très précoces. Parmi les troubles sensitifs, la migraine ophtalmique, l'épilepsie sensitive partielle (Ballet et Blocq, Magalhaës Lemos) sont des plus précoces et des plus significatifs. Parmi les troubles moteurs, les ictus apoplectiques ou épileptiques apparaissent à une phase assez précoce du processus morbide : ils en hâtent l'évolution, et, en provoquant un examen attentif du malade jusque-là négligé, contribuent à l'établissement d'un diagnostic relativement précoce.

L'examen des réflexes tendineux démontre presque toujours, d'après les recherches de Renaut, Sollier, Briand, M. de Montyel, l'exagération de la réaction musculaire ; souvent l'asymétrie de cette réaction. et la coïncidence

de cette altération de la réflectivité tendineuse avec celle de la réflectivité irienne (Briand, M. de Montyel).

Verhoogen, dans le travail que j'ai déjà cité, insiste sur la valeur diagnostique précoce de l'apparition de ces deux signes, chez un syphilitique ancien ; exagération des réflexes rotuliens et parésie légère du facial supérieur, se révélant par l'expression particulière du facies et du regard. Le même auteur montre l'intérêt majeur du diagnostic précoce de la maladie, pour les compagnies d'assurances sur la vie.

Il est inutile d'insister ici sur le gros intérêt du diagnostic précoce de l'encéphalopathie paralytique au point de vue de la *question des Assurances sur la vie;* au point de vue *médico-légal;* enfin et surtout au point de vue du *mariage*. Tout médecin de quelque expérience a connu des exemples de paralytiques généraux se mariant à la période prodromique de leur affection; le mal, encore à ses débuts, est méconnu de tout l'entourage, et les progrès de l'évolution paralytique, parfois accélérés par le surmenage génital et moral d'une nouvelle vie, aboutissent chez le malade à des accidents (ictus, délire, actes délictueux, etc.), qui motivent l'intervention médicale : à ce moment l'enquête rétrospective établit non seulement le diagnostic de paralysie générale, mais l'ancienneté relative du début de la maladie. La révélation de la situation cause dans toute la famille un profond étonnement; les plus directement intéressés dans l'entourage immédiat du sujet, la femme même de celui-ci, n'ayant observé chez le malade aucun changement intellectuel ou moral appréciable, depuis un an ou deux qu'ils se fréquentent, ne peuvent croire à l'ancienneté de l'affection.

D'ailleurs, à cette période prodromique, c'est toujours les personnes le plus étroitement en rapport avec le malade que le médecin a le plus de peine à convaincre de la réalité de la situation ; toutes les objections faites au diagnostic émanent précisément de ceux (parents, amis, voisins immédiats, etc.) qui sembleraient le mieux placés, vis-à-vis du malade, pour l'observer, et par conséquent comprendre le jugement du médecin. Cette *réaction paradoxale de l'entourage vis-à-vis du paralytique* s'explique naturellement par l'adaptation progressive et inconsciente du milieu à l'affaiblissement également progressif et inconscient de l'intelligence du malade. Tant que l'éclat d'une bouffée délirante ou le scandale d'un acte délictueux ne troublent pas cette accommodation psychique réciproque; le malade, par la conservation intégrale de l'automatisme psychologique, qui assure la régularité de la vie, la ponctualité des habitudes, l'observance de la politesse sociale, l'exécution des devoirs professionnels, etc., le malade continue à vivre comme tout le monde et à tenir à peu près convenablement sa place dans la famille et la société. Les absences de mémoire, les écarts de conduite, les troubles du caractère, sont mis sur le compte de la fatigue, de la distraction, etc. C'est ainsi que ces malades arrivent assez souvent, au milieu de l'inconscience générale de leur famille et de leur entourage, de leurs collègues (dans les bureaux, dans l'armée, dans les administrations), à la période d'état de la paralysie générale.

Parfois, ces *paralytiques méconnus* exercent des fonctions délicates et

continuent, jusqu'à la veille du jour de leur internement, à assumer une responsabilité périlleuse, dans des situations de conducteur de train, de mécanicien, de pilote, etc. Ce sont ces faits qui mettent bien en lumière le rôle hautement prépondérant de l'automatisme psychologique dans l'exécution des actes d'habitude de la vie régulière et professionnelle.

En terminant cette brève étude des éléments du diagnostic précoce de la paralysie générale, je mentionne, comme un des plus précieux parmi ces éléments, le *cytodiagnostic céphalo-rachidien* par la ponction lombaire, tel que nous l'ont révélé les récentes et belles recherches de Widal et Ravaut; j'en étudierai la technique très simple et les résultats très importants à la fin du chapitre consacré au diagnostic.

Diagnostic a la période d'état

Intoxications. Alcoolisme. — De toutes les difficultés que présente le diagnostic de la paralysie générale, il n'en est pas de plus fréquente et souvent de plus épineuse, que la distinction des accidents cérébraux de l'alcoolisme et de la paralysie générale. En effet, non seulement le tableau clinique des deux affections peut présenter les plus grandes analogies, mais encore on observe très souvent, sur les mêmes malades, l'association ou la succession de l'alcoolisme cérébral et de la méningo-encéphalite paralytique. On sait enfin quelles discussions soulève la question des rapports étiologiques des deux affections.

Une grande règle générale préside au diagnostic différentiel de l'alcoolisme et de la paralysie générale. Les accidents de l'alcoolisme étant, en dehors de ceux de la démence terminale, plus ou moins passagers et transitoires, soumis et proportionnels à l'ingestion toxique, on doit instituer la diète alcoolique et observer l'évolution morbide : les accidents toxiques s'atténuent et s'effacent, ils suivent une *évolution régressive.* Au contraire, les accidents paralytiques demeurent et suivent une *évolution progressive.* La distinction entre les deux encéphalopathies, toxique et paralytique, est fondée sur ce principe. « Il suit de là qu'en présence d'un élément alcoolique chez un aliéné, il faut toujours suspendre son jugement et attendre, si l'on veut éviter de cruels déboires. Ceci est applicable à l'alcoolisme chronique comme à l'alcoolisme aigu, aux intoxications et aux infections en général[1]. »

On soupçonnera la nature alcoolique des accidents, d'après les antécédents de vie et de profession du sujet, la notion d'accidents analogues dans son passé, l'aspect du facies et les allures du malade. La recherche des troubles nerveux périphériques de l'alcoolisme : tremblement digital menu, rapide, toujours antérieur aux troubles de la parole; zones d'anesthésie, d'hyperesthésie dans les membres; paresthésies, fourmillements et crampes, surtout nocturnes, dans les mollets; abolition des réflexes rotuliens, exagération des réflexes cutanés dans l'absinthisme; parésie des extenseurs, etc.; l'examen de l'appareil diges-

[1] Arnaud. *Loc. cit.*, p. 91.

tif, surtout de l'estomac et du foie, etc., donneront d'utiles renseignements.

Le diagnostic différentiel de l'état mental se tirera de la nature spéciale des accidents cérébraux de l'alcoolisme : *hallucinations* visuelles, multiples, mobiles, noires ou rouges, animées, terrifiantes (zoopsie, incendies, scènes sanglantes); *redoublement nocturne* des hallucinations et du délire : crises pantophobiques du soir. Cette influence néfaste de la nuit, ou plutôt de l'obscurité, sur les accidents hallucinatoires, oniriques et délirants des alcooliques a la signification la plus précieuse, pour le diagnostic de la nature des troubles morbides.

L'alcoolique, en dehors de ses hallucinations, est plus abruti que dément, plus engourdi que déchu : car de ce malade torpide, obtus et hébété, on peut, en le secouant par un interrogatoire brusque et impératif, tirer momentanément quelques réponses sensées, quelques reparties justes, quelques renseignements précis. La mémoire est paresseuse et non absente ; lacunaire et non abolie.

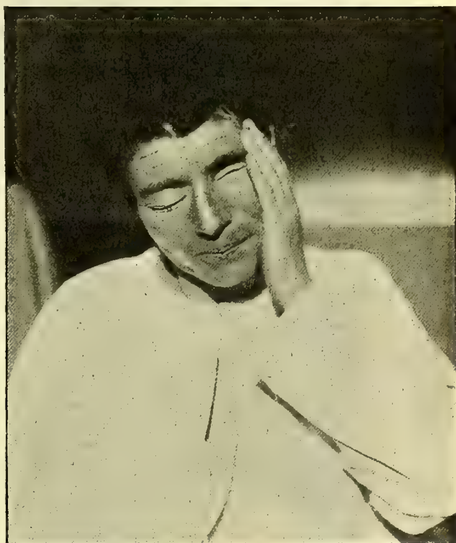


Fig. 98. — Paralysie générale féminine. (Collection Dupré.)
Mendiante professionnelle, alcoolique chronique, borgne, déjà avancée dans son évolution paralytique. Hallucinations visuelles intermittentes. La malade, habituellement hargneuse, méchante, négativiste, refuse en ce moment un petit verre de rhum ; le geste et la mimique indiquent ici la tendance à l'opposition, et le sourire trahit en même temps la nature des goûts et les vieilles habitudes de la malade.

L'alcoolique, triste et soucieux, conserve quelque sensibilité morale ; le paralytique, satisfait ou indifférent, montre beaucoup plus d'apathie.

L'alcoolique, guidé par ses illusions et ses hallucinations, délire comme dans un rêve, dans un cercle restreint, monotone, suivant un mode intermittent, avec des lueurs de réveil intellectuel ou moral. Le paralytique délire en général sans hallucinations, sur un mode plus incohérent, plus décousu, plus varié, plus expansif.

L'embarras de la parole diffère dans les deux catégories de malades : l'alcoolique a la parole gênée, empâtée, tremblante ; le paralytique l'a hésitante, ataxique, semée de répétitions, d'accrocs et d'achoppements.

De plus, la dysarthrie alcoolique est, par rapport au tremblement digital, tardive et s'exagère ou s'amende, suivant les doses d'alcool ingérées ; la dysarthrie paralytique, précoce, précède l'ataxie des membres et progresse fatalement.

L'inégalité pupillaire est un signe commun aux deux affections; le signe

d'A. Robertson est très rare dans l'alcoolisme chronique indépendant des lésions paralytiques.

Dans les cas, fréquents, où l'alcoolisme cérébral et la paralysie générale évoluent simultanément chez le même malade (fig. 98, 99 et 100), l'examen clini-



Fig. 99. — Paralysie générale (collection Dupré).

Femme de 40 ans, alcoolique, paralytique depuis plusieurs années. Remarquer ici l'énorme inégalité pupillaire (avec signe d'A. Robertson), le demi-ptosis palpébral permanent, qui contribue à donner à l'expression du visage un caractère d'hébétude et de somnolence très particulier.

que doit s'efforcer de faire à chaque processus morbide sa part de symptômes ; et l'étude de l'évolution, après la suppression des alcools, achèvera d'établir la distinction entre les accidents toxiques et les signes paralytiques. En pareil cas, la disparition, sous l'influence de la diète, du syndrome toxique (hallucinations, agitation vespérale, troubles sensitifs, etc.) superposé au syndrome

paralytique, dégagera le tableau morbide et laissera le champ libre aux manifestations vraiment paralytiques.

Une catégorie de cas dont le diagnostic offre de grandes difficultés, est celle des alcooliques chroniques, qui, sous l'influence de divers processus

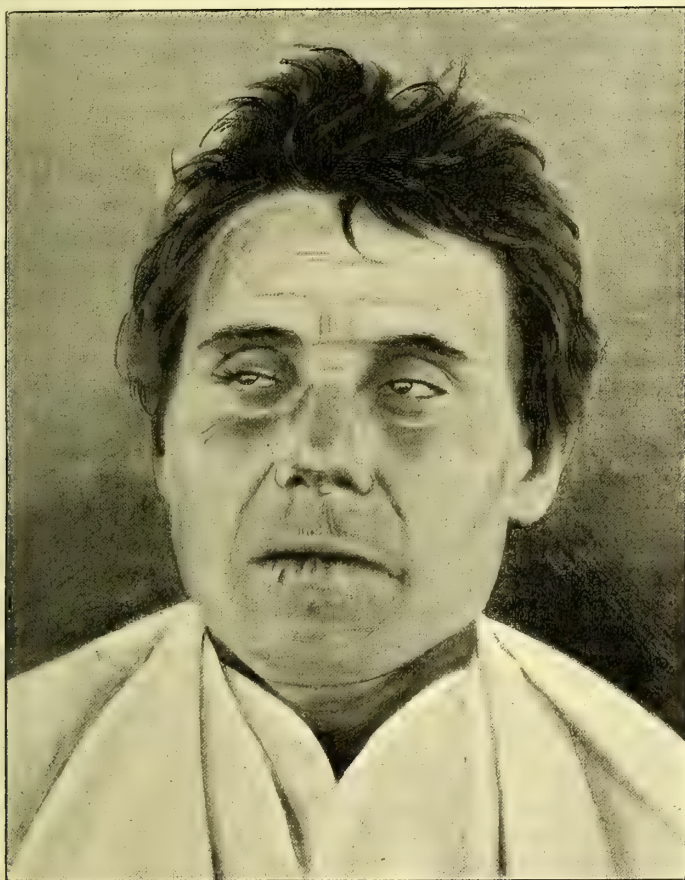


Fig. 100. — Paralysie générale (collection Dupré).

Même sujet que figure 99. L'attention de la malade a été vivement attirée à droite ; la sollicitation psychique, quoique intense, n'anime pas l'expression de somnolence habituelle du facies : le demi-ptosis persiste, malgré l'elévation des sourciliers et le plissement du front. Cette dissociation musculaire, dans l'expression mimique de l'attention, est fréquente et même précoce dans la paralysie générale.

toxi-infectieux, présentent rapidement un ensemble de signes somatiques et psychiques qui simulent assez complètement le tableau clinique de la paralysie générale. Ces cas, auxquels Klippel[1] a consacré de judicieuses réflexions,

[1] Klippel. Les paralysies générales progressives, p. 25.

s'observent souvent à l'Infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police, où échouent, au moment précis de l'éclosion subaiguë de tels accidents, les alcooliques chroniques parisiens. Avec P. Garnier, j'ai souvent constaté, à propos de ces malades, les difficultés d'un diagnostic extemporané. Ce diagnostic n'est possible qu'après plusieurs jours d'observation, pendant lesquels le régime lacté, l'hygiène, le repos, calment les accidents toxi-infectieux, et permettent d'étudier les troubles des fonctions hépatiques et rénales, qui jouent en pareil cas un rôle important, jusqu'ici insuffisamment précisé. On observe ainsi l'éclosion et l'évolution d'un *syndrome paralytique fugace* (Klippel) d'origine toxi-infectieuse, qu'il faut savoir distinguer de la paralysie générale progressive.

Certains alcooliques chroniques, après avoir passé par des phases subaiguës plus ou moins nombreuses, et des périodes d'internement multiples, finissent par présenter un syndrome somato-psychique qui reproduit fidèlement celui de la paralysie générale (fig. 98, 99). L'évolution est progressive ; et, à l'autopsie, on constate les lésions de l'alcoolisme chronique et celles de la paralysie générale. En pareil cas, la paralysie générale, développée à la suite de l'alcoolisme chronique, a été l'aboutissant et le résultat de l'intoxication. Le problème diagnostique, en de tels cas, consiste à reconnaître à quelle phase de leur évolution morbide ces alcooliques sont devenus des paralytiques généraux. « Le passage de l'alcoolisme à la paralysie générale ne se fait pas « d'un seul coup : il y a une période intermédiaire, période de transition, « quelquefois très longue, difficile à bien déterminer, et qui tient en suspens « le diagnostic. » (Magnan).

La même catégorie d'alcooliques chroniques peut traverser une évolution morbide assez analogue, accidentée par des étourdissements, des vertiges, des ictus, suivis d'hémiparésie passagère, d'aphasie, et aboutissant à la mort à travers une série d'accidents pseudo-paralytiques. L'autopsie révèle, en dehors des lésions de l'alcoolisme, de la *pachyméningite chronique,* à laquelle peuvent, ou non, s'associer des altérations très analogues à celles de la paralysie générale. Le diagnostic de la *pachyméningite alcoolique,* peut se fonder sur les ictus apoplectiques, les hémiparésies transitoires à répétition, les troubles aphasiques, la céphalée, le ralentissement du pouls, enfin les signes démentiels, plus semblables à ceux du ramollissement qu'à ceux de la paralysie générale : on observe un état continu, et plus ou moins marqué, d'obtusion intellectuelle, de stupidité, d'étourdissement psychique, analogue à celui qui suit les commotions craniennes ; les malades sont étourdis comme s'ils s'ils avaient reçu un coup violent sur la tête (Schüle).

Les alcooliques atteints d'*athérome artériel* ou de *névrites périphériques* présentent un complexus symptomatique fait de signes psychiques et somatiques d'alcoolisme chronique, de troubles d'irrigation encéphalique et de dégénérescence cellulaire corticale, d'ordre ischémique et toxique, qui peut simuler la paralysie générale. C'est à propos de ces cas que Klippel a décrit les *pseudo-paralysies générales athéromateuses et névritiques.*

Enfin, les *dégénérés,* sous l'influence d'un *appoint alcoolique* même léger,

peuvent présenter des *troubles délirants polymorphes*, survenant par bouffées, et simulant, grâce à l'adjonction de quelques signes somatiques, pupillaires, dysarthriques ou moteurs, certains aspects de la paralysie générale. Ces faits, bien mis en lumière par Magnan, sont d'un diagnostic relativement plus facile.

On voit quelle série de problèmes diagnostiques soulève l'histoire des rapports de la paralysie générale et de l'alcoolisme. Cette intoxication peut *masquer*, *simuler* ou *produire*, suivant les cas et les associations morbides, la paralysie générale (Magnan). La question doctrinale des pseudo-paralysies générales, qui se rattache étroitement à cette étude, sera discutée plus loin. L'examen cytodiagnostique du liquide céphalo-rachidien est encore ici fort utile ; on peut, grâce à ses résultats, différencier l'alcoolisme chronique sans lésions méningées de la paralysie générale. En cas de lymphocytose céphalo-rachidienne, le problème diagnostique se circonscrit entre la paralysie générale et les méningites alcooliques chroniques non paralytiques.

Saturnisme. — Certaines variétés d'*encéphalopathie saturnine* peuvent simuler la paralysie générale. Déjà Tanquerel des Planches[1] avait signalé 15 fois l'existence de l'embarras de la parole, sur 400 cas d'encéphalopathie saturnine ; mais c'est Delasiauve. qui, remarquant les analogies cliniques de certaines formes de saturnisme cérébral et de la paralysie générale, créa le terme de *pseudo-paralysie générale saturnine*. Ces accidents se différencieront par leur nature même : obtusion psychique plus ou moins profonde, avec hébétude et abrutissement, mauvaises dispositions morales, tristesse, méfiance et méchanceté (Régis) ; embarras de la parole précoce et très marqué, bredouillement ; troubles moteurs très accentués, de nature paralytique, prédominant aux extenseurs ; cachexie générale et gâtisme. Tous ces accidents ont pour principal caractère d'être précoces et d'emblée portés au maximum : au début de l'encéphalopathie, « c'est la démence qui semble au premier abord dominer tout l'ensemble de la situation » (Ball).

Enfin, ces troubles cérébraux apparaissent sur un *terrain cachectique*, qui porte les marques profondes de l'intoxication saturnine chronique (liséré gingival, anémie, troubles sensitifs et moteurs dus aux névrites périphériques ; antécédents de coliques sèches, de paralysie des extenseurs, etc.).

Il est très fréquent de constater, en pareil cas, l'existence d'une *néphrite interstitielle* plus ou moins nette (oligoalbuminurie, polyurie, cœur rénal, signes de petite urémie) et d'*artério-sclérose* généralisée. De plus, ces saturnius sont presque toujours des alcooliques, et présentent réunis les signes des deux intoxications.

On constate aussi très souvent, chez ces grands intoxiqués, des stigmates et des accidents d'*hystérie* et d'*épilepsie* ; la *neurasthénie*, l'*hystéro-neurasthénie* sont d'observation fréquente sur les mêmes terrains, et l'adjonction

[1] Tanquerel des Planches. Maladies du plomb. Paris, 1839.

de ces états névrosiques aux signes d'intoxication composent un *complexus polynévropathique* et *polytoxique* d'une analyse souvent difficile.

Le *syndrome de l'encéphalopathie saturnine* est ainsi souvent complexe, et relève, pour des parts inégales, du *saturnisme*, de l'*alcoolisme*, de l'*urémie*, de l'*artério-sclérose*, de l'*hystéro-neurasthénie*. Le diagnostic résultera de l'analyse de tout ce faisceau étiologique et clinique, et se confirmera par l'*évolution régressive et non progressive* des accidents, sous l'influence du traitement et de la suppression des poisons.

Dans les cas où la paralysie générale confirmée se déclare chez un saturnin, la méthode diagnostique à suivre reste la même : c'est l'étude de l'évolution qui fera le départ entre les accidents curables et les manifestations progressives de la paralysie générale saturnine [1].

En résumé, le *saturnisme*, simple ou compliqué de tous les facteurs morbides plus haut énumérés, peut déterminer un très grand nombre d'accidents très polymorphes, groupés sous le vocable d'Encéphalopathie saturnine. Parmi ces accidents, certains revêtent l'expression, avec les nuances indiquées par les auteurs, de la paralysie générale. Curables et régressifs au début, ils deviennent à la longue permanents et progressifs : on dit alors que le malade passe de la pseudo-paralysie à la vraie paralysie saturnine ; mais, en réalité, comme l'a fort bien exposé Vallon [1], il passe d'une première phase d'accidents encore réparables à une seconde phase de lésions incurables, et le processus, sans changer de nature, n'a fait que continuer son évolution (voyez le chapitre Étiologie).

Autres intoxications. — Certaines intoxications, notamment celles produites par le *tabac*, l'*oxyde de carbone*, les *bromures alcalins*, l'*opium*, la *belladone*, le *chancre indien*, peuvent, à un moment donné de leur évolution, simuler grossièrement, par quelques-uns de leurs symptômes (amnésie, obtusion intellectuelle, tremblement, dysarthrie, troubles pupillaires, délires fugaces et polymorphes, etc.) quelques-uns des aspects de la paralysie générale. Il sera également facile de distinguer de la paralysie générale chez les diabétiques, ou d'origine diabétique (V. de Holstein, Charpentier, etc.) l'*état mental des diabétiques* non paralytiques. Cet état mental est fait de dépression, d'idées mélancoliques de ruine, de culpabilité ou de préoccupations hypochondriaques ; on observe parfois un remarquable parallélisme entre les oscillations de la glycosurie et celles des troubles psychopathiques.

Je n'insiste pas sur l'étude particulière du diagnostic différentiel dans chacun de ces cas ; le problème, qui sera résolu par l'analyse de la notion étiologique, de l'évolution clinique, de la nature des accidents, etc., se pose ici dans des conditions spéciales à chaque observation, et, en général, ne comporte pas de difficultés sérieuses.

[1] E. Parelle. De la pseudo-paralysie générale saturnine. Thèse Paris, 1889.
Deléarde. L'Encéphalopathie saturnine. *Gaz. des Hôpitaux*, 1901.

[2] Vallon. Pseudo-paralysies générales saturnine et alcoolique. Mémoire couronné par l'Académie de médecine, 1892.

Infections[1]. — Comme les intoxications, et par le même mécanisme général, les grandes infections (fièvre typhoïde, grippe, variole, impaludisme, infection puerpérale, etc.) peuvent, dans leur cours ou leur décours, déterminer l'apparition d'*états psychopathiques* (confusion mentale, stupeur, délires, troubles somatiques divers, etc.) et, surtout chez les prédisposés, héréditaires ou alcooliques, réaliser un tableau clinique qui simule plus ou moins fidèlement celui des formes simples et dépressives de la paralysie générale. Aussi, dans ces cas, où, sous l'influence d'un état toxi-infectieux, se produit un trouble mental éveillant l'idée d'une paralysie générale, la première règle du diagnostic est-elle d'attendre, et d'observer l'évolution morbide avant de se prononcer sur la nature des accidents.

En eux-mêmes, ces accidents ont une allure et une physionomie particulières. Tout d'abord, ils débutent assez brusquement au milieu d'un état général grave de dénutrition et d'épuisement physique : ils atteignent rapidement l'apogée de leur développement, et suivent, en général, une évolution régressive. Ces accidents psychopathiques d'ordre toxi-infectieux restent dans le cadre de la *confusion mentale*, primitive ou secondaire, bien décrite pour la première fois par Delasiauve[2] qui, en 1864, reprenant les études d'Esquirol sur la *démence aiguë*, et de Georget, sur la *stupidité*, traça un tableau magistral du syndrome auquel les récents travaux de Chaslin[3] et de Séglas[4] ont donné plus de précision, d'importance et d'intérêt. Je renvoie pour cette étude aux articles : confusion mentale, psychose polynévritique, et ne préciserai que les principaux points du diagnostic[5].

Au point de vue *physique*, le syndrome de la confusion mentale se distingue de la paralysie générale par une inégalité instable et variable des pupilles (Chaslin, Séglas, Régis), l'extrême rareté du signe d'A. Robertson ; le caractère lent, indécis, inachevé, hésitant du langage, de la mimique et des mouvements ; l'automatisme des actes, l'ânonnement du débit, l'égarement et l'ahurissement du facies, l'étonnement du regard. Le syndrome évolue parallèlement aux troubles généraux graves, de dénutrition, de fièvre ou d'hypothermie, de perturbations circulatoires, respiratoires, sudorales, urinaires; d'ataxo-adynamie avec tremblement irrégulier, inégal, diffus, etc.

Au point de vue *psychique*, la désorientation dans le temps et l'espace, l'amnésie continue, l'absence de toute association des images et des idées, l'impossibilité de toute synthèse des processus psychiques, la désagrégation mentale qui en résulte, et se traduit par la difficulté de la reconnaissance des êtres et des choses ; l'émiettement du discours en lambeaux de phrases inco-

[1] Consulter F. L. Arnaud. Diagnostic de la paralysie générale. *Rapport de Toulouse*, 1897. La bibliographie des rapports cliniques de la paralysie générale avec les infections y est exposée page 101.

[2] Delasiauve. *Journal de médecine mentale*, 1864.

[3] Chaslin. *Congrès de Blois*, 1892. Et : La confusion mentale primitive. Paris, 1895.

[4] J. Séglas. Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. Paris, 1895. — Voir aussi la thèse de Hannion. Paris, 1894.

[5] Lire la IX° leçon du livre de Séglas, consacrée au diagnostic de la paralysie générale et de la confusion mentale.

hérentes et incomplètes, l'expression du visage, etc.; les efforts que fait le malade pour se retrouver et se reconnaître, pour s'adapter, au sortir du chaos onirique dans lequel il s'égare, à la réalité ambiante qui le déconcerte ; tout cet ensemble clinique, qui montre que le confus n'est pas un dément, ne saurait, dans la plupart des cas, être confondu avec le syndrome de la paralysie générale.

Dans ce tableau général de la confusion mentale d'origine toxi-infectieuse se retrouvent tous les éléments caractéristiques du syndrome des psychoses toxiques subaiguës ; parmi ces éléments, Régis [1] insiste avec raison sur la céphalalgie, précoce et tenace ; sur les attaques hystériformes et épileptiformes ; les troubles circulatoires, respiratoires et sécrétoires (sueurs, urines, etc.) ; enfin, sur les idées fixes postoniriques, reliquat des idées principales qui ont constitué le rêve morbide. On sait d'ailleurs que, d'après les observations de Régis et Lalanne, le délire peut reconnaître parfois, chez les paralytiques généraux, une origine onirique : il serait, dans ce cas, de nature toxique.

Les cas, où le diagnostic est plus délicat, sont ceux où le syndrome de la confusion mentale apparaît dans le cours de la paralysie générale, réalisant ainsi la variété *confuse* de la maladie, décrite par Klippel. Le plus souvent, cette confusion mentale secondaire survient comme une complication, de nature infectieuse ou toxique, chez les paralytiques. Lorsqu'elle s'améliore, une rémission se produit ou semble se produire dans la situation du paralytique, qui sort de son état de confusion et de stupeur. On peut croire alors à la guérison absolue d'une confusion mentale simple primitive, alors qu'en réalité il s'agit de la guérison d'une crise passagère de stupeur chez un paralytique général, dont l'affection fondamentale continue à évoluer. Seule, une étude minutieuse des phénomènes de la convalescence pourra permettre d'éviter l'erreur.

Le syndrome qui a été décrit, sous les noms de *psychose polynévritique*, de *cérébropathie psychique toxémique* (Korsakoff), de polynévrite à forme mentale, peut parfois, par ses éléments d'amnésie, de confusion mentale, d'apathie morale, par certains de ses signes somatiques, simuler plus ou moins imparfaitement la paralysie générale. Pour éviter l'erreur on considérera, dans ces cas : le mode de début, les circonstances étiologiques, l'état général du malade, l'évolution régressive des accidents, les troubles nerveux périphériques accusés; on constatera, en outre, que les facultés intellectuelles ne sont ni abolies ni détruites, mais seulement obnubilées et suspendues (Voyez l'article consacré à la Psychose polynévritique).

Beaucoup de *paralysies générales suraiguës*, *galopantes* se rapportent évidemment à des cas de *confusion mentale aiguë, primitive, d'origine toxi-infectieuse*, qui ont abouti, à travers un cortège d'accidents pseudo-paralytiques, à un état de démence mortelle. Les différentes variétés de délires infectieux, de psychopathies aiguës peuvent, en effet, aboutir, si le sujet survit,

[1] Régis. *Congrès de Limoges*, 1901. *Manuel de médecine mentale*, 3e édition, 1903.

à la démence précoce; ou, si le malade succombe, au gâtisme et à l'ensemble des accidents terminaux de la paralysie générale. On peut ainsi se demander : d'une part, si ne figure pas dans l'étiologie de certaines démences précoces, le processus de la paralysie générale enrayé dans son évolution progressive; et, d'autre part, si la paralysie générale ne tire pas parfois son origine de ces déterminations toxi-infectieuses méningo-corticales des maladies antérieures, qui ont affecté, pendant des années, une évolution insidieuse, et se sont ensuite, sous l'influence d'incitations nouvelles (intoxications, surmenage, traumatisme, etc.), réveillées, pour aboutir enfin à l'organisation du processus irréparable de la paralysie générale.

Syphilis cérébrale. — La syphilis tertiaire peut, par la multiplicité et la diffusion de ses déterminations encéphaliques, se traduire par un syndrome qui simule parfois de fort près la paralysie générale. Sans entrer ici dans la discussion étiologique et pathogénique des rapports de la syphilis et de la paralysie générale, on doit reconnaître l'existence clinique d'une pseudo-paralysie générale, syphilitique par son origine étiologique, syphilitique par ses lésions anatomiques, syphilitique par ses indications thérapeutiques.

La richesse symptomatique de la syphilis cérébrale est telle, qu'il est presque toujours possible à une analyse clinique minutieuse, de relever, au milieu du syndrome pseudo-paralytique, quelque note particulière, qui indique l'atteinte prédominante d'un territoire, l'existence d'un foyer circonscrit ; en résumé, le *premier grand point du diagnostic* est de trouver un symptôme révélateur d'une localisation cérébrale.

Le *second point* consiste dans la constatation de plusieurs lésions disséminées, s'exprimant par des combinaisons insolites de symptômes rarement associés : hémiplégie gauche avec aphasie ; hémiplégie droite avec monoplégie gauche ; paralysie faciale avec ophtalmoplégie externe de l'autre côté ; syndrome de Weber, de Millard, etc. : lésions médullaires associées aux lésions encéphaliques : la syphilis étant une affection essentiellement cérébro-spinale. (Fournier, Lamy). Le *troisième point* réside dans la distinction à établir entre le caractère global, massif et progressif de la démence paralytique, et le caractère incomplet, inégal et régressif de la démence organique syphilitique. Le *quatrième point* est tiré de la considération de l'évolution clinique de la syphilis cérébrale, qui est irrégulière, variable, capricieuse, acyclique, souvent régressive. Le *cinquième point*, qui doit venir en aide au diagnostic différentiel, est d'ordre thérapeutique : la syphilis cérébrale est toujours plus ou moins sensible à l'influence du traitement spécifique, qui l'améliore dans ses symptômes, l'arrête dans ses progrès, et peut parfois, lorsqu'il est institué assez tôt, la guérir.

Après l'énoncé de ces grandes règles du diagnostic différentiel entre la paralysie générale et la syphilis cérébrale, il suffira d'énumérer les symptômes, qui, étant d'observation courante dans la syphilis cérébrale, et de constatation exceptionnelle dans la paralysie générale, doivent éveiller par eux-mêmes le soupçon de syphilis cérébrale.

Dans la sphère motrice : crises d'épilepsie jacksonienne, paralysies localisées, souvent incomplètes et mobiles ; hémiplégie, monoplégie, paraplégie ; aphasie motrice, glossoplégie ; paralysie faciale, ophtalmoplégie externe très fréquente, surtout dans le domaine de la troisième paire ; paralysie des nerfs craniens : partielles, parcellaires, dissociées, transitoires, récidivantes ; troubles de la déglutition.

Dans la sphère sensitivo-sensorielle : crises d'épilepsie partielle ; céphalalgie, surtout vespérale et nocturne, profonde, tenace ; insomnie. Aphasie sensorielle, amblyopie et amaurose, troubles papillaires ; surdité.

Dans la sphère psychique : ictus fréquents, répétés ; dépression simple, la plus souvent sans délire, ou état mélancolique et hypochondriaque ; obtusion et engourdissement des facultés ; affaiblissement inégal et variable de la mémoire ; conservation relative de la conscience et de la sensibilité morale : déficit lacunaire, plutôt que destruction massive de la mentalité.

Dans la sphère trophique : altération marquée de l'état général, amaigrissement, anémie ; troubles digestifs, inappétence, constipation, etc.

On a parfois observé la coïncidence sur le même cerveau, comme dans l'observation déjà citée de Raymond, des lésions spécifiques de la syphilis (méningite scléro-gommeuse, syphilomes disséminés) et des lésions de la paralysie générale. Le tableau clinique, dans de tels cas, est mixte, et comporte le plus souvent des symptômes révélateurs de lésions en foyer. Lorsque ceux-ci sont rares et peu nets, le diagnostic devient fort difficile, et certaines observations témoignent de l'extrême complexité du problème. Syphilis et parasyphilis sont alors superposées dans un complexus clinique, à l'analyse duquel pourra parfois contribuer, en une certaine mesure, l'incomplète action du traitement spécifique, efficace contre les lésions syphilitiques, impuissant contre les altérations paralytiques.

Diagnostic a la période terminale

Le diagnostic de la paralysie générale à la troisième période doit se faire avec les démences non paralytiques (organiques, sénile, précoce, vésanique) et avec les grandes encéphalo-myélopathies organiques arrivées à leur dernière période.

Démences organiques. — *Les encéphalopathies circonscrites*, non syphilitiques (tumeurs, hémorrhagies, ramollissements, méningites en plaques) peuvent parfois simuler imparfaitement la paralysie générale.

Au moment de l'ictus initial de l'*hémorrhagie* ou du *ramollissement*, l'hémiplégie consécutive, avec ou sans troubles de la parole, l'accentuation et la persistance des phénomènes paralytiques, l'absence habituelle de troubles psychiques profonds éloigneront l'idée de l'ictus de la paralysie générale. Si l'attaque apoplectique a été précédée, dans le ramollissement, de prodromes démentiels plus ou moins manifestes, l'existence de paralysies localisées, généralement hémiplégiques, durables, à la face, aux membres, dans la sphère du langage, plaidera contre la paralysie générale. L'hémiglos-

soplégie, la dysarthrie d'origine capsulaire déterminent l'empâtement de la langue : le malade parle comme avec de la bouillie dans la bouche. L'examen des réflexes tendineux, du phénomène des orteils (Babinski), dénote l'irritation ou le début de la dégénération pyramidale d'un côté.

Les phénomènes psychiques sont bien différents. La démence organique est bien moins profonde et bien moins généralisée que la démence paralytique : l'amoindrissement des facultés intellectuelles est inégal et incomplet : le malade reste capable, sous l'influence de l'effort, d'un souvenir, d'un raisonnement. L'amnésie est partielle ; la sensibilité morale et affective est intacte ou diminuée, jamais abolie. Le malade a, en partie au moins, conscience de son état ; il s'en affecte et s'en irrite. On observe de la sensiblerie, de l'exagération de l'émotivité, des troubles psycho-réflexes, du rire et du pleurer spasmodiques, surtout fréquents dans les formes pseudo-bulbaires des encéphalopathies en foyers. Le malade n'est pas indifférent au monde extérieur et à son entourage. On constate, en résumé, dans la sphère psychique, des signes de déficit partiel, lacunaire, et non la déchéance globale et massive du paralytique.

Lorsqu'il existe des idées délirantes, au cours des états démentiels d'origine organique, celles-ci affectent dans leur forme et leurs caractères, de notables différences avec le délire de la paralysie générale [1].

Les lésions en foyer, bilatérales, à peu près symétriques, des hémisphères, qui déterminent *le syndrome des paralysies pseudo-bulbaires,* se reconnaîtront à l'asymétrie des phénomènes paralytiques bilatéraux, aux troubles de la déglutition et de l'articulation verbale, aux accès de rire et de pleurer spasmodiques, à la démarche « à petits pas », aux troubles de la mimique, aux signes de la dégénérescence fasciculaire pyramidale.

Les *tumeurs cérébrales circonscrites* se manifestent par des signes étrangers à la paralysie générale : céphalée, vomissements, constipation, crises d'épilepsie jacksonienne, névrite optique, œdème papillaire, névrite acoustique ; paralysies localisées. De plus, la démence n'y est longtemps qu'apparente, et simulée par de l'obtusion intellectuelle, de la torpeur psychique, de la somnolence et un état d'inertie et d'indifférence, dont on peut tirer le malade, en le secouant et en le brusquant par l'interrogatoire.

Les *pachyméningites* offrent parfois un *syndrome pseudo-paralytique* difficile à distinguer de la paralysie générale, ainsi qu'en témoignent les intéressantes observations de Boissier [2] et de Bourdin [3]. Les pachyméningites s'observent chez les alcooliques et les artério-scléreux : elles ont une évolution lente, mais saccadée, accidentée d'ictus, de vertiges, suivis d'hémiparésie, d'aphasie, de ralentissement du pouls : on observe des vomissements, de la constipation et surtout de la céphalée. Les phénomènes psychiques con-

[1] Voyez l'article suivant sur les troubles psychiques dans les encéphalopathies organiques.

[2] F. Boissier. Pachyméningite prise pour une paralysie générale (*Archives de Neurologie*, 1896, n° 8).

[3] Bourdin. Pachyméningite hémorrhagique ayant simulé une paralysie générale. *Ann. méd. psychol.*, juillet 1899.

sistent plutôt en obtusion et en stupeur, qu'en démence ; la cérébration est plus torpide que diminuée, plus inerte qu'absente. Parfois, la paralysie générale se complique, chez les alcooliques, de pachyméningite ; et, on comprend que le diagnostic devienne impossible dans ces cas d'associations anatomiques complexes.

Encéphalopathies diffuses. — *Athéromasie cérébrale.* — L'athérome des artères, la sclérose et la stéatose des artérioles et des capillaires du cerveau, peuvent, au milieu de manifestations cliniques d'ailleurs très diverses, se traduire par un syndrome très analogue à celui de la paralysie générale, qui a été étudié par différents auteurs sous les dénominations de paralysie générale ou *pseudo-paralysie générale arthritique*, ou *athéromateuse,* de dégénérescence athéromateuse du cerveau.

« Aucune des maladies qui ont été décrites sous la rubrique de pseudo-paralysies générales, n'est peut-être *plus distincte comme maladie et plus analogue comme symptômes,* par rapport à la méningo-encéphalite diffuse, que la pseudo-paralysie générale arthritique ou athéromateuse » (Klippel)[1].

Le diagnostic se fondera tout d'abord sur la notion de l'âge ; l'athérome cérébral étant surtout commun de cinquante à soixante ans, c'est-à-dire à un âge postérieur à l'âge de l'éclosion habituelle de la paralysie générale, et antérieur à l'âge ordinaire de l'apparition de la démence sénile ; il se fondera sur la notion des signes objectifs de l'athéromasie générale, et de l'artério-sclérose viscérale (dureté et élongation flexueuse des artères, dilatation de l'aorte, surélévation des sous-clavières ; hypertension artérielle, hypertrophie cardiaque, lésions de l'orifice aortique, anémie cutanée, signes de néphrite artérielle, etc.) ; enfin, sur la considération des différences qui séparent les éléments somatiques et psychiques du syndrome pseudo-paralytique de l'athérome, du tableau de la paralysie générale.

On observe, dans l'athéromasie cérébrale, des troubles intermittents et répétés d'aphasie motrice, de glosso-parésie, de dysarthrie avec lenteur et empâtement de la parole ; des vertiges (vertige des artério-scléreux, Grasset, Lancereaux, etc.), des hémiplégies transitoires, incomplètes, qui succèdent à des ictus, plus fréquents et plus précoces que ceux de la paralysie générale. L'évolution clinique est moins régulière et moins progressive que dans la paralysie générale.

Les signes psychiques diffèrent aussi : la démence athéromateuse est moins profonde, moins complète ; elle est intermittente, inégale à elle-même, suivant les jours et les semaines ; l'amnésie est lacunaire, non massive : l'altération diminutive, la déchéance de la personnalité est moins marquée.

Dans les cas, étudiés par Cullerre[2], Klippel[3], Beyer[4], d'association anato-

[1] Klippel. La pseudo-paralysie générale arthritique (*Rev. de Psychiatrie*, déc. 1899). Conso. *Thèse de Paris*, 1899, sur le même sujet.

[2] Cullerre. De la démence paralytique dans ses rapports avec l'athérome artériel et le ramollissement jaune (*Ann. méd. psych.*, 1882, p. 386).

[3] Klippel. *Loc. cit.*

[4] Beyer. *Allg. Zeitschr. für Psych.*, 1896, Bd. LII, H, 6.

mique et clinique de paralysie générale vraie et d'athérome cérébral chez des sujets d'environ cinquante ans, l'analyse clinique doit s'efforcer de reconnaître l'association des deux processus anatomiques, dans la complexité de ces cas « douteux, difficiles à classer, qui... flottent entre la paralysie générale classique et les diverses démences » (Cullerre). « On peut dire que tout sujet de cinquante à soixante ans, présentant les signes de l'artério-sclérose généralisée, n'est pas, quel que soit son état mental, un *paralytique général simple* » (Arnaud). P. Marie [1] a bien montré la fréquence, chez les athéromateux, de cette forme de ramollissement disséminé déjà vue par Durand-Fardel (état criblé), et dont la lésion la plus frappante se montre sous l'aspect de *foyers de désintégration lacunaire*. Ferrand [2] a fait de ces altérations une excellente étude générale.

La *démence sénile*, due aux dégénérations diffuses des artérioles cérébrales, se distinguera de la paralysie générale par l'âge avancé auquel elle apparaît ; la paralysie générale étant exceptionnelle au delà de soixante ans ; par la constance des lésions concomitantes de la sénilité, l'affaiblissement diffus et inégal de la force musculaire, l'embarras spécial de la parole, qui est confuse, pâteuse, plus paralytique qu'ataxo-spasmodique ; les hémiplégies incomplètes, récidivantes, alternantes ; l'état psychique diffère aussi : la démence sénile est moins complète, moins globale que la démence paralytique : l'amnésie y suit sa loi de régression classique ; elle porte d'abord sur les faits actuels ou récents, puis s'étend aux faits plus reculés, en respectant longtemps les périodes très anciennes de la vie. L'émotivité exagérée, la sensiblerie, la tendance à pleurer, appartiennent aux séniles et non aux paralytiques. Les délires de la démence sénile sont composés d'un mélange d'idées mélancoliques ou de persécution, avec excitation turbulente passagère, surtout dans les premières phases ; les idées ambitieuses sont rares ; elles sont vagues, fugitives, sans cohésion, et affirmées avec moins d'assurance que chez le paralytique. Pécharman [3] a fait, sous la direction de Magnan, une excellente analyse de ces troubles délirants des vieillards.

Démence précoce.. — Le diagnostic de la paralysie générale avec les états psychopathiques précoces à tendance démentielle, entrevus déjà par Esquirol et Pinel (Christian [4]) et étudiés depuis par Hecker, Kahlbaum, Krœpelin, Christian, J. Voisin, Sérieux, G. Deny et Roy, ne peut guère se poser qu'à propos des formes juvéniles de la paralysie générale. Mais, on n'observe, dans ces dernières, ni la catatonie, ni les attitudes stéréotypées, ni le négativisme, ni la gesticulation, ni les raptus impulsifs de la démence précoce [5] ; de plus, les déments précoces n'ont ni l'amnésie, ni la confusion, ni l'incohérence des paralytiques; leur facies, leur mimique, n'ont ni l'expression, ni

[1] P. Marie. *Congrès international de Paris*, 1900. *Sect. de Neurologie*.
[2] Ferrand. *Thèse de Paris*, 1901.
[3] Pécharman. Essai sur les psychoses de la vieillesse, 1893. *Thèse Paris*.
[4] Christian. De la démence précoce des jeunes gens (*Ann. méd. psychol.*, 1899).
[5] Krœpelin. *Lehrbuch der Psychiatrie für Ærzte und Studirenden*, 5e édit. Leipzig. 1899.

l'allure de ceux-ci ; les signes somatiques sont aussi tout différents (voyez l'article : Démence précoce).

Les cas où le diagnostic peut hésiter, sont ceux où l'état démentiel précoce relève d'un processus anatomique analogue, sinon identique, à celui de la paralysie générale, comme dans les cas de Toulouse et Marchand [1]. C'est à propos d'observations semblables qu'on peut se demander si, chez les jeunes sujets, la paralysie générale ne pourrait pas, au lieu de se terminer toujours par la mort, s'arrêter parfois dans sa marche, et déterminer un état stable et définitif de démence précoce, compatible avec une survie très longue, et d'origine paralytique.

Dans certains cas, cependant, comme celui de Vurpas et Marchand [2], la paralysie générale juvénile peut évoluer malgré le jeune âge du sujet (dix-sept ans dans l'observation citée) absolument comme une paralysie générale de l'adulte.

La *démence vésanique* ne peut guère être confondue avec la démence paralytique : elle est moins profonde, moins complète, moins rapidement progressive, et a derrière elle un long passé vésanique, auquel elle a lentement succédé.

Certaines variétés d'intoxication (oxyde de carbone, etc.), certaines infections, plus rarement, certains traumatismes craniens, après avoir déterminé des accidents aigus ou subaigus de confusion mentale, de délire, de stupeur, d'amnésie, etc., évoluent assez vite vers un état de démence (toxique, toxi-infectieuse, traumatique), caractérisé par une association de signes psychiques (obtusion et faiblesse intellectuelles, amnésie, inertie, etc.) et de signes somatiques (tremblement, ataxie motrice, inégalité pupillaire, gâtisme, etc.). Ces *démences secondaires* à des affections aiguës, sont parfois régressives et curables, parfois définitives. L'anamnèse, l'étude de l'évolution et l'analyse des symptômes, ne permettront pas de confondre avec la démence paralytique, ces démences subaiguës, d'origine toxi-infectieuse, qui, après une destruction plus ou moins complète de l'intelligence, permettent encore souvent une longue survie aux malades.

Encéphalomyélopathies. — Le diagnostic se pose surtout entre la paralysie générale compliquée de lésions médullaires, et certaines formes cérébrales de tabes et de sclérose en plaques.

Tabes. — Lorsque le malade présente une double série de symptômes, les uns tabétiques, les autres paralytiques, l'enquête diagnostique doit d'abord chercher à préciser la filiation chronologique des accidents, et à établir quel est celui des deux syndromes qui a débuté.

[1] Toulouse et Marchand. Paralysie générale et idiotie. *Rev. de Psychiatrie*, 1901.

Toulouse et Marchand. Démence précoce par paralysie générale. *Revue de Psychiatrie*, janvier 1901.

[2] Vurpas et Marchand. Considérations sur la paralysie générale à propos d'un cas de syphilis héréditaire chez une jeune fille (*Ann. méd. psychol.* Janvier 1901).

Si, chez un tabétique franc, apparaissent, à un moment donné, des signes de paralysie générale, on sera autorisé à reconnaître, sous l'influence d'une étiologie commune, la succession des deux maladies. Le tabes qui se complique de paralysie générale a, en général, une évolution plus lente, une symptomatologie plus pauvre, plus vague, plus mobile, souvent entrecoupée de rémissions et d'améliorations. L'entrée en scène de la paralysie générale coïncide presque toujours avec une amélioration notable des symptômes tabétiques, notamment de l'ataxie. Mais elle signale en même temps l'accélération prochaine de l'évolution morbide et la fatalité du pronostic de l'affection cérébro-spinale.

Si, chez un paralytique général avéré, se développent les signes de la série tabétique, le problème diagnostique sera le suivant : s'agit-il de la succession des deux maladies, ou de l'addition, à une paralysie générale déjà confirmée, de la sclérose grise des cordons postérieurs ? L'examen clinique s'attachera non pas à résoudre ce problème doctrinal, d'intérêt secondaire, mais à bien préciser l'étendue et l'importance des lésions radiculaires et médullaires (tabétiques ou tabétiformes) et à déceler les signes de la sclérose latérale, souvent surajoutés à ceux de la sclérose postérieure (sclérose combinée). La coexistence de ces diverses lésions dans la moelle plaidera contre l'existence d'un tabes vrai doublant la paralysie générale.

L'évolution simultanée, dès le début, des deux séries tabétique et paralytique pose le problème dans des termes plus difficiles encore. Il s'agit alors d'une *paralysie générale associée*, ou d'un *tabes cérébro-spinal* (Fournier). d'une affection qu'on peut dénommer : *tabo-paralysie générale*. En général, avec le temps, l'affection évolue, dans le sens cérébral ou médullaire, vers le type paralytique ou tabétique. Mais, au début, en présence d'un symptôme isolé, imputable aussi bien au tabes qu'à la paralysie générale (amblyopie, diplopie, ptosis, strabisme, névralgies, etc.) le diagnostic peut hésiter ; on tiendra le plus grand compte, en pareil cas, des modifications de l'état mental (affaiblissement intellectuel, altération du sens moral, excitation ou dépression du ton émotionnel, etc.), de l'état des réflexes rotuliens, dont l'absence plaidera en faveur du tabes, l'exagération en faveur de la paralysie générale.

Scléroses en plaques. — Le problème diagnostique peut consister à distinguer la sclérose en plaques de la paralysie générale, ou à reconnaître l'association des deux affections sur le même névraxe : sans oublier, dans les deux cas, l'intervention possible de l'hystérie simulatrice.

Les deux affections ont, pour les raisons plus haut exposées (voir p. 962), de nombreux signes communs, et par leur siège et par leur nature. Dans un parallèle des deux séries symptomatiques, on peut, à l'exemple d'Arnaud, opposer les signes de la sclérose multiloculaire : paralysies associées des yeux, nystagmus, absence du signe d'A. Robertson, tremblement intentionnel d'amplitude croissante ; parole lente, épelante, scandée, absence du tremblement fibrillaire lingual; parésie spasmodique précoce, croissante, extensive ;

aux signes paralytiques de même siège, sur lesquels je ne reviens pas. La haute valeur diagnostique attribuée par Charcot à l'absence de troubles sensitifs dans la sclérose en plaques, est un peu diminuée par l'intervention possible de l'hystérie, et de l'alcoolisme, qui complique le problème.

Les signes psychiques de la sclérose en plaques, sont, dans leur développement, secondaires aux signes somatiques, et relativement tardifs : ils n'ont pas le caractère démentiel global progressif de la paralysie générale. On constate, le plus souvent, la conservation de la sensibilité morale ; de l'irritabilité, de la sensiblerie, du rire spasmodique, parfois un état plus ou moins accusé de puérilisme.

L'association des symptômes de la sclérose en plaques et de la paralysie générale pose le problème dans toute sa difficulté. Le meilleur critère différentiel réside dans l'analyse soigneuse de l'état mental, dans la recherche du signe cardinal de la paralysie générale : la démence globale, généralisée et à évolution progressive. L'autopsie vient d'ailleurs souvent démentir le diagnostic clinique d'association des deux processus. On ne saurait donc apporter trop de réserves à le formuler.

Plus on s'attache à analyser de près l'état mental des sujets atteints de sclérose en plaques, plus on reconnaît la fréquence et l'importance des troubles psychiques, d'ordre démentiel, dans cette affection (Charcot, Raymond). Les lésions méningo-corticales qu'elle comporte (Cl. Philippe, Jonès, Cestan), expliquent d'ailleurs cette atteinte de l'intelligence. (Voyez l'article Sclérose en plaques.)

Parmi les encéphalopathies diffuses, capables de simuler le syndrome de la paralysie générale, il faut citer les cas de *tumeurs multiples* généralement kystiques parasitaires (*hydatides, acéphalocystes*) : des observations rares, mais dont quelques-unes sont devenues classiques (cas de Louis, de Calmeil, etc.) établissent la possibilité de la confusion diagnostique. La récente observation de Sérieux et Mignot [1] met bien en évidence la multiplicité des réactions corticales (délires, hallucinations, convulsions, aphasie, etc.) éveillées par la présence des kystes hydatiques sur la convexité du cerveau.

Ces encéphalopathies parasitaires disséminées entraînent, par la multiplicité de leurs foyers corticaux, un ensemble de lésions diffuses, d'ordre irritatif et nutritif (troubles circulatoires, toxiques, mécaniques, etc.) qui aboutissent à la déchéance démentielle progressive, accidentée, suivant la localisation et l'évolution du néoplasme, de phénomènes délirants, épileptiques, apoplectiques, hallucinatoires ; paralytiques, aphasiques, etc. ; ce syndrome peut, par lui-même, simuler plus ou moins fidèlement celui de la paralysie générale, surtout celui de la *forme sensorielle* de la maladie (Sérieux). Il convient d'ajouter que la méningo-encéphalite paralytique peut s'ajouter à l'affection hydatique ou néoplasique, et qu'alors le problème diagnostique devient presque insoluble (Klippel [2]).

[1] Sérieux et Mignot. *Soc. de Neurologie*, janvier 1901.

[2] Klippel. Tumeurs cérébrales. *Traité de Brouardel-Gilbert*, 1901.

Cytodiagnostic céphalo-rachidien de la paralysie générale. — La méthode générale de diagnostic, fondée sur l'examen des éléments cellulaires en suspension dans les épanchements pathologiques des cavités séreuses, inaugurée en 1900 par F. Widal et son élève Ravaut[1], sous le nom de *cytodiagnostic*, a été, pour la première fois, appliqué par eux au diagnostic de la paralysie générale, avec des résultats dont l'intérêt théorique et pratique a excité de tous côtés la curiosité et le zèle des chercheurs. Quoique la méthode ne date que d'hier, elle a déjà donné, par le caractère positif et concordant des nombreuses recherches entreprises par les différents auteurs, la preuve péremptoire de sa valeur[2].

La méthode du cytodiagnostic est appliquée au liquide céphalo-rachidien, par la récolte de quelques centimètres cubes de cette humeur, au moyen de la ponction lombaire. Cette petite opération, inaugurée par Quincke, en 1891, est devenue, depuis les perfectionnements de technique et d'instrumentation qu'elle a subis, et, dans les conditions précisées par Widal et ses élèves, une manœuvre exploratrice inoffensive, et qu'on peut, sans danger ni inconvénient, pratiquer chez les malades dont le diagnostic est douteux, et chez lesquels on est autorisé à soupçonner la paralysie générale.

Voici, très sommairement résumée, d'après les auteurs de la méthode et ceux qui les ont suivis[3], la *technique à suivre*. Pratiquer la ponction lombaire, au lieu d'élection, avec les précautions d'asepsie ordinaires, le malade étant assis ou couché sur le côté : recueillir 3 à 4 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, dans le tube effilé recommandé par Widal ; et après la ponction, ordonner au malade le repos au lit, dans le décubitus horizontal, pendant quelques heures. Au laboratoire, centrifugation, pendant

[1] Widal et Ravaut. *Soc. de Biologie*, 30 juin 1900 et *Congrès international de Paris*. août 1900.

[2] Consulter pour les renseignements les plus récents sur la question :.

Sicard. Le liquide céphalo-rachidien (avec préf. du Pr Brissaud). Paris, 1902.

Joffroy et Mercier. De l'utilité de la ponction lombaire pour le diagnostic de la paralysie générale. *Congrès de Grenoble*, 1902.

Widal et Ravaut. Le cyto-diagnostic céphalo-rachidien. *Traité de Pathologie générale de Bouchard*, VIe volume, Paris, 1903.

Widal et Sicard. La ponction lombaire. *Même ouvrage*.

Achard. Nouveaux procédés d'exploration. *Leç. faites à la Faculté*. 2e édition, 1903.

[3] Widal, Sicard et Ravaut. Histologie du liquide céphalo-rachidien au cours de quelques processus méningés chroniques (paralysie générale et tabes). *Soc. méd. des Hôpitaux de Paris*, janvier 1901.

R. Monod. Les éléments figurés du liquide céphalo-rachidien au cours du tabes et de la paralysie générale progressive. *Soc. méd. des Hôpitaux*, janvier 1901.

J. Nageotte. Remarques sur les lésions méningées de la paralysie générale, du tabes et de la myélite syphilitique, à propos de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien dans ces affections. *Soc. méd. des Hôpitaux*, janvier 1901.

Séglas et Nageotte. Cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales. *Soc. méd. des Hôpitaux*, juin 1901.

E. Dupré et A. Devaux. Cytodiagnostic céphalo-rachidien dans les maladies mentales. *Soc. méd. des Hôpitaux*, juin 1901.

M. Faure et M. Laignel-Lavastine. Sur la recherche des microbes dans le cerveau, le liquide céphalo-rachidien, le sang, dans 200 cas de troubles mentaux ou nerveux. *Congrès de Limoges*, 1901.

Duflos. La ponction lombaire en psychiatrie. Th. Paris. 1901.

dix minutes, avec l'appareil de Krauss : décantation soigneuse ; prise en pipette capillaire, au fond du tube, du culot centrifugé, qu'on étale, en petite surface, sur trois lames. Séchage à l'air ou à l'étuve ; fixation par l'alcool-éther ou la chaleur. Coloration à l'hématoxyline-éosine, le bleu polychrome de Unna, le triacide d'Ehrlich.

Voici les *résultats de la méthode*. A l'état normal, ou dans les affections appelées fonctionnelles ou dynamiques du névraxe, ou encore dans les lésions purement centrales de l'encéphale, le liquide céphalo-rachidien, macroscopiquement limpide comme de l'eau bien pure, ne dépose, à la centrifugation, aucun élément figuré, ou seulement quelques rares hématies ou leucocytes très clairsemés. Au contraire, sauf de rarissimes exceptions (Joffroy a eu 3 ponctions négatives sur 48 paralytiques ; moi-même 1 négative sur 20 paralytiques), dans tous les cas de paralysie générale jusqu'ici examinés, les éléments figurés, sous forme de lymphocytes, sont très nombreux. Pour citer des chiffres, on trouve, sur 100 leucocytes, environ 80 à 90 lymphocytes, 5 à 15 grandes cellules uninucléées, 5 à 10 éléments neutrophiles, parfois de rares éosinophiles. Les numérations précises n'offrent pas, en l'espèce, ainsi que l'a bien indiqué Widal, un grand intérêt. Car, lorsque le résultat est positif, il s'apprécie à la simple inspection du champ de la préparation, qui est constellé des lymphocytes de la petite variété, prenant énergiquement la coloration. Dans les cas que j'ai examinés avec Devaux, le champ du microscope pouvait être comparé, au point de vue de l'aspect, du nombre, de la répartition et du groupement des éléments lymphocytiques, à *une cible criblée par une décharge de petits plombs de chasse*. La densité des éléments cellulaires, proportionnelle à l'intensité du processus méningé, se mesure à un simple coup d'œil, par comparaison avec d'autres préparations. Entre les cas positifs qui donnent l'apparence que nous disons (planche III, fig. 2) et les cas négatifs dans lesquels l'on n'aperçoit rien ou quelques rares éléments, le contraste est frappant.

Le résultat positif du cytodiagnostic céphalorachidien dans la paralysie générale se juge donc par une *lymphocytose abondante*, constatée par tous les auteurs. A quel stade d'évolution de la maladie apparaît cette lymphocytose ? D'après l'ensemble, encore insuffisant, des résultats déjà acquis, notamment d'après les recherches de Joffroy[1], de A. Marie et de Duflos[2], il semble que la *lymphocytose céphalorachidienne soit très précoce*, et puisse précéder les troubles iriens, dysarthriques, et l'amnésie. Il n'y a pas de signe pathognomonique de la paralysie générale ; mais, de tous les signes de la maladie, c'est la lymphocytose céphalorachidienne qui est le plus précoce et le plus constant (Joffroy). D'après deux observations intéressantes, Widal et Lemierre[3] concluent à l'apparition de la polynucléose au moment des ictus

[1] A. Joffroy. *Soc. méd. des Hôpitaux et Soc. méd. psychol.*, juin 1901. Communication du Congrès de Grenoble, 1902.

[2] A. Marie et Duflos. *Congrès de Grenoble*, 1902.

[3] Widal et Lemierre. Cytologie du liquide céphalorachidien au cours des poussées congestives de la paralysie générale. *Soc. méd. des Hôpitaux*, juillet, 1902.

paralytiques. La polynucléose, d'origine vasculaire diapédétique, traduirait un état de congestion méningée, par opposition à la lymphocytose, d'origine vagino-lymphatique, qui exprime l'irritation séreuse simple. Chez des malades ponctionnés à des phases cliniques opposées de leur évolution morbide (excitation ou dépression ; rémissions, période eutrophique du début, stade cachectique de la dernière période) je n'ai pu saisir aucun rapport entre l'état ou le degré de la maladie et la formule cytologique céphalorachidienne.

Le Pr Joffroy [1] pense, d'après ses nombreuses observations, qu'on ne peut donner de formule du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale, ni indiquer les causes des variations constatées dans différents cas, en particulier pour la polynucléose. Régis [2], et son élève Maillard [3], ont obtenu des résultats positifs dans des cas où l'évolution morbide n'a pas confirmé l'épreuve cytologique.

J. Belin et A. Bauer [4] ont observé, chez un paralytique général, à cinq ponctions successives, en l'espace de cinq mois, un liquide louche contenant 90 polynucléaires pour 100, et 10 lymphocytes. Cette polynucléose en liquide louche ne semblait en rapport avec aucune cause saisissable (ictus, fièvre, etc.) Le liquide céphalo-rachidien se révéla stérile à l'ensemencement.

Le mécanisme et l'origine de cette lymphocytose doivent être cherchés dans la nature et la diffusion des lésions inflammatoires subaiguës et chroniques de la pie-mère, des artérioles cérébrales et de leurs gaines, et des parois épendymaires des ventricules. L'*exode des lymphocytes* s'effectue de l'intérieur des vaisseaux pie-mériens et épendymaires, dans la gaine de Virchow-Robin ; et de celle-ci, où se multiplient sur place les leucocytes émigrés, dans les espaces sous-arachnoïdiens et dans les cavités ventriculaires. Parallèlement à cette prolifération et à cette émigration lymphocytiques, s'effectue la multiplication des cellules de l'endothélium vasculaire et de la névroglie : aussi rencontre-t-on, en petite quantité, dans le dépôt cellulaire centrifugé des paralytiques généraux, des cellules uninucléées assez grosses (Widal, Sicard et Ravaut), mélangées aux amas lymphocytiques caractéristiques. Anglade fait observer, que, malgré ses recherches, il n'a pas rencontré, parmi ces éléments, de cellules névrogliques. Nageotte [5] et Anglade [6] ont bien analysé le mécanisme anatomo-pathologique de la lymphocytogenèse céphalorachidienne dans la paralysie générale.

Après avoir insisté sur la valeur positive du cytodiagnostic dans la démence paralytique, il faut maintenant *préciser ses limites et poser ses indications*. Il faut signaler tout d'abord les cas, absolument exceptionnels, mais incontestables, d'*absence de lymphocytose*, du moins *temporaire* dans la

[1] Joffroy. *Soc. méd. des Hôpitaux*. Janvier 1903.

[2] Régis. *Congrès de Grenoble*, 1902.

[3] Maillard. *Thèse de Bordeaux*, 1902.

[4] J. Belin et Bauer. *Soc. méd. des Hôpitaux*. Janvier 1903.

[5] Nageotte. *Loc. cit. Soc. méd. des Hôpitaux*, janvier 1901.

[6] Anglade et Chocreaux. Topographie et significations de la lymphocytose dans la méningite tuberculeuse et la paralysie générale. *Soc. de Neurol.*, 4 juillet 1901.

paralysie générale confirmée. Achard [1] a rapporté les deux faits suivants. Dans un cas de paralysie générale, vérifiée à l'autopsie, avec énormes lésions de méningo-encéphalite adhésive, chez une femme qui succomba à une infection accidentelle, deux ponctions successives, faites à quinze jours d'intervalle, ne montrèrent aucun élément. Dans un autre cas de paralysie générale tout à fait classique, deux ponctions ne montrèrent aucun élément : une troisième permit d'observer quelques lymphocytes, enfin une quatrième donna un liquide riche en lymphocytes. Le Pr Joffroy a également observé un cas de paralysie générale avérée sans lymphocytose. Je possède une observation analogue; chez une paralytique, dont l'affection à forme démente simple, d'origine spécifique, fut vérifiée à l'autopsie, une ponction ne montra aucun lymphocyte.

Il faut conclure de ces cas négatifs, extrêmement rares, que la lymphocytose rachidienne, pour être l'un des meilleurs et des plus précoces symptômes de la paralysie générale, n'est pas un signe absolument constant : et que, dans certains cas, la réaction méningée peut être assez atténuée, assez peu active, pour qu'il ne s'effectue pas de dépôt leucocytaire dans le liquide céphalo-rachidien. En tous cas, le fait d'Achard le démontre, ces périodes d'*alymphocytose* sont de brève durée et d'observation bien rare.

La lymphocytose céphalorachidienne, loin d'être particulière à la paralysie générale, est une réaction banale qui spécifie seulement l'inflammation subaiguë ou chronique des méninges molles et de leurs vaisseaux : elle caractérise donc tout l'ensemble des processus méningés, non seulement de la *paralysie générale*, mais encore du *tabes*, des *méningo-myélites chroniques* ou subaiguës, syphilitiques ou non, de la *méningite tuberculeuse*, des *méningites alcooliques chroniques*. Les méningites aiguës, d'origine coccique, provoquent de la leucocytose multinucléaire.

La méthode cytodiagnostique ne peut donc, dans le problème du diagnostic de la paralysie générale, éclairer que la question de la *nature organique ou inorganique,* ou plus précisément encore, de la *nature méningitique ou non,* de l'affection morbide. C'est là en vérité souvent l'inconnue majeure du problème, notamment dans les cas de *psychasthénie grave*, parasyphilitique ou post-infectieuse, où le syndrome somatique et psychique simule celui de la méningo-encéphalite paralytique ; dans les cas d'*alcoolisme récent subaigu sans lésions méningées* (Joffroy, Widal, Dupré, Duflos, etc.), dans les cas de *psychoses post-infectieuses ou greffées sur un terrain alcoolisé*, dans la *démence précoce* (Dupré et Devaux), dans la *psychose polynévritique alcoolique*, dans les cas d'*hystéro-neurasthénie toxique, traumatique ou émotive*, avec dysarthrie bégayante et tremblement ; dans les *états épileptiques simples ;* dans les *psychoses des débiles, des dégénérés;* dans les cas de *troubles démentiels et délirants d'origine involutive précoce*, chez les artério-scléreux ; dans la *démence sénile ;* les *démences organiques,*

[1] Ch. Achard. Nouveaux procédés d'exploration. 2e *Édition*, 1903.

à lésions centrales; enfin dans les *états maniaques et mélancoliques,* dont l'origine paralytique peut légitimement être soupçonnée.

Au contraire, dans les cas où le diagnostic hésite entre la nature paralytique et l'origine méningique chronique des accidents, le cytodiagnostic n'apportera aucun éclaircissement au problème. Dufour[1] a constaté la lymphocytose dans un cas, vérifié à la nécropsie, de méningite alcoolique. Ainsi en est-il dans les cas de coexistence ou de succession d'accidents cérébraux et médullaires, lorsque ceux-ci relèvent d'altérations méningo-myélitiques ou tabétiques (Joffroy).

En un mot, le *résultat positif du cytodiagnostic céphalorachidien n'indique l'existence de la paralysie générale que lorsqu'il n'existe aucune raison, étiologique ou clinique, d'imputer à un autre processus méningitique la lymphocytose constatée.*

Cette conclusion dit à la fois et la haute valeur et le domaine précis des indications fournies par la précieuse méthode de Widal et Ravaut dans le diagnostic de la paralysie générale.

La question du *microbisme et de la toxicité du liquide céphalorachidien,* chez les paralytiques généraux, a suscité quelques travaux intéressants. Klippel[2] a signalé la présence de microbes, surtout du pneumocoque, dans l'humeur arachnoïdo-pie-mérienne. Montesano et Montessari ont fait des constatations analogues; mais la prise du liquide ayant été faite quelque temps après la mort, ces résultats positifs perdent beaucoup de leur valeur. M. Faure et Laignel-Lavastine[3], par la ponction lombaire sur 53 paralytiques, ont vérifié l'asepsie du liquide céphalo-rachidien, et attribuent à des fautes de technique et des infections exogènes accidentelles la présence de quelques colonies microbiennes constatées dans 12 cas. Plusieurs de leurs malades étaient cependant atteints de phlegmon, d'eschares, de fièvre et d'agitation ; d'autres étaient agonisants. Laignel-Lavastine et Mermier ont signalé la supuration staphylococcique des méninges. D'après les expériences sur le chien, faites par G. Donzello[4], le liquide céphalorachidien posséderait un *certain pouvoir bactéricide,* qui explique la destruction progressive des microbes qui peuvent y être importés. Bellisari[5] aurait constaté que le liquide céphalo-rachidien des paralytiques est toxique pour les cobayes surtout après les accès épileptiformes : mais ses expériences de contrôle, faites avec du liquide céphalo-rachidien de mouton, mériteraient d'être reprises avec du liquide céphalo-rachidien humain. Scabia[6] a constaté, dans 70 p. 100 des cas, une augmentation, et dans 15 p. 100 des cas, une diminution du pouvoir bactéricide

[1] Dufour. *Soc. méd. des Hopitaux,* 11 octobre 1901.

[2] M. Klippel. *Ann. de Psychiatrie,* déc. 1891.

[3] M. Faure et Laignel-Lavastine. *Loc. cit. Congrès de Limoges,* 1901.

[4] G. Donzello. L'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien extrait par la ponction lombaire ; contribution expérimentale. *Riforma medica,* 4 août 1900.

[5] Bellisari. Sul pottere tossico del liquido cefalo-rachidiano nella paralisi progressiva. *Riforma medica,* mai 1899.

[6] Scabia. Sul pottere battericido del siero sanguigno degli ammolati di paralisi progres siva. *Ann. di freniatria e Sc. off.,* octobre, 1899.

du sang chez les paralytiques. Le Pr Bard[1] a constaté, au cours d'une longue série de recherches sur les variations du pouvoir hémolytique du liquide céphalo-rachidien dans différents états morbides du névraxe, que ce pouvoir hémolytique était augmenté au cours du tabes et de la paralysie générale.

Ces derniers travaux, intéressants à consigner ici, à cause de leurs rapports plus ou moins éloignés avec le diagnostic de la paralysie générale, n'offrent d'ailleurs qu'un intérêt pratique bien secondaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La loi qui domine l'anatomie pathologique de la paralysie générale est la *diffusion des lésions*, non seulement à l'ensemble des parties centrales et périphériques du système nerveux (encéphale, moelle, nerfs), mais aussi à la totalité des éléments constitutifs, essentiels et accessoires, de ces organes (vaisseaux sanguins et lymphatiques, méninges, névroglie, cellules et fibres nerveuses des substances grise et blanche). Le grand sympathique et, secondairement, les viscères participent au processus morbide.

Ces lésions ont fait l'objet de travaux extrêmement nombreux et intéressants, depuis les premières constatations de Bayle et Esquirol, en passant par les études de Magnan, Tuczek, Joffroy, etc., jusqu'aux recherches des histopathologistes actuels, armés des méthodes de la technique moderne. Je résumerai rapidement le résultat de ces recherches, et chercherai ensuite à interpréter la nature et les effets des lésions constatées.

A l'autopsie d'un paralytique général on peut déjà, à l'œil nu, constater les principales lésions, et faire, dans la plupart des cas, sur la table d'amphithéâtre, le diagnostic anatomique.

Le *crâne* présente parfois des altérations banales d'hyperostose irrégulière avec épaississement, ou d'ostéite raréfiante, atrophiante, avec amincissement de la calotte osseuse.

Les *méninges* offrent des lésions caractéristiques. La *dure-mère* est pâle, amincie, plissée, ratatinée; parfois adhérente à la table osseuse, le long de la scissure longitudinale, où les granulations de Pacchioni sont hypertrophiées; elle offre des épaississements en plaques, des îlots de pachyméningite hémorrhagique, des dépôts calcaires et ostéoïdes; dans d'autres cas, qui correspondent à un stade moins avancé ou à une variété plus aiguë du processus, on trouve un état congestif plus marqué de la dure-mère qui apparaît alors distendue et rougeâtre.

L'*arachnoïde* est opalescente, épaissie, principalement le long des vaisseaux. La *pie-mère* est épaissie par la congestion de tous ses vaisseaux, l'infiltration œdémateuse et gélatineuse de ses mailles. Il existe parfois des cavités pseudo-kystiques, entre la pie-mère et l'écorce, remplies de sérosité citrine,

[1] L. Bard. Des variations du pouvoir hémolytique du liquide céphalo-rachidien. *Semaine médicale*, 14 janvier 1903.

LÉGENDE EXPLICATIVE DE LA PLANCHE I

Le cerveau dans la paralysie générale. — Principales lésions macroscopiques

Épaississement considérable de la pie-mère, qui apparaît laiteuse, opaque, surtout au niveau du lobe frontal et de la scissure interhémisphérique, où se remarquent l'hyperplasie et l'hypermégalie des granulations de Pacchioni. État congestif diffus de la pie-mère, surtout marqué en avant.

Méningo-encéphalite ulcéreuse et adhésive du lobe frontal. Érosions corticales et adhérences pie-mériennes produites par la décortication.

Atrophie relative du cerveau antérieur (élargissement des sillons, ratatinement des circonvolutions, amincissement du pôle frontal).

Dilatation des ventricules ; méningite ventriculaire (épaississement des plexus choroïdes et de l'épendyme).



LE CERVEAU DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

PRINCIPALES LESIONS MACROSCOPIQUES

(Collection du Dr Dupre.)

d'origine œdémateuse. Muratow[1] n'y attache aucune importance particulière, au point de vue de la production des symptômes en foyer. Cependant G. Ballet[2] a présenté un cas bien typique d'aphasie motrice chez un paralytique général, à l'autopsie duquel on trouva une boule circonscrite d'œdème qui avait creusé une dépression localisée au pied de la circonvolution de

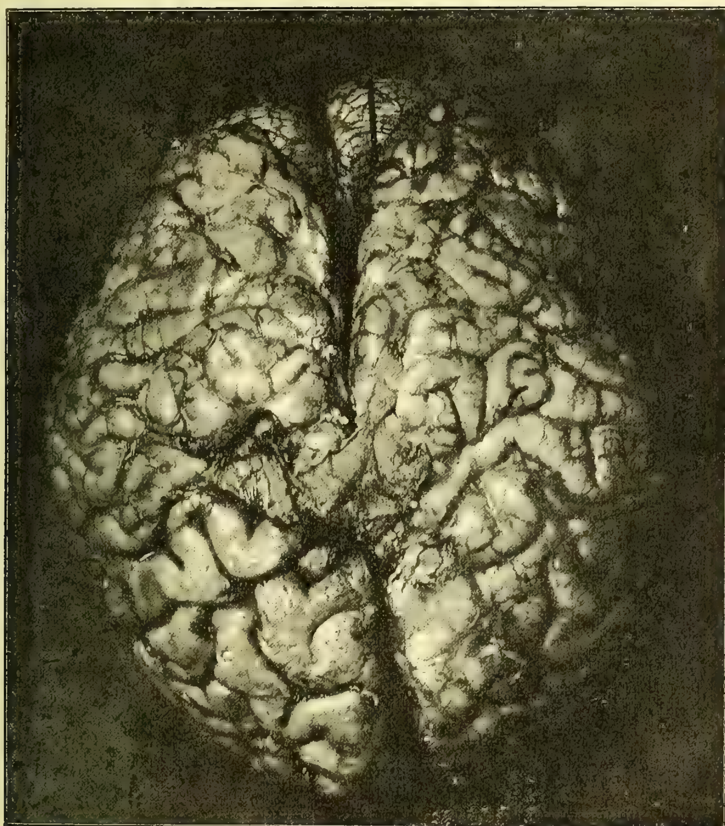


Fig. 101. — Paralysie générale précoce (collection Dupré).

Convexité du cerveau frais, photographiée immédiatement après la nécropsie. Sur le lobe frontal droit, dont la pie-mère a été détachée et réclinée en arrière, multiples érosions, secondaires aux adhérences méningo-corticales. Atrophie du cerveau antérieur, élargissement des sillons, amincissement des circonvolutions ; épaississement et opacité de la pie-mère. Lésions histologiques caractéristiques, surtout au niveau des artérioles et des capillaires.

Broca. La lésion microscopique la plus caractéristique consiste dans l'*adhérence de la pie-mère à l'écorce grise sous-jacente*. Cette adhérence, d'ailleurs inégalement répartie, est maxima au niveau des lobes frontaux ou pariétaux,

[1] Muratow (Moscou). Zur Pathogenese der Herderscheinungen bei der allgemeinen Paralyse der Irren. Congrès de Moscou, 1897.

[2] G. Ballet. *Soc. de Neurologie*, 1899.

et ne porte que sur les crêtes des circonvolutions. Si l'on essaye de détacher la pie-mère de l'écorce, on n'y arrive, le plus souvent, qu'en arrachant, avec la méninge que l'on soulève, de menues parcelles de la couche superficielle de l'écorce, et en produisant ainsi, à la surface de la région antérieure du cerveau, des *érosions* multiples, peu profondes, à fond grisâtre, et même des exulcérations plus étendues et irrégulières. (Voyez la figure 101 et la planche I.) Ces *adhérences méningo-corticales,* déjà signalées par Calmeil, sont le *caractère macroscopique fondamental* de la maladie. Elles sont parfois si prononcées, qu'en essayant de détacher la pie-mère de l'écorce sous-jacente, on entraîne toute ou presque toute la substance grise et on met à nu ainsi la substance blanche des circonvolutions (Baillarger).

Encéphale. — Le *cerveau,* observé à une phase avancée de la maladie, est manifestement plus petit, atrophié, moins lourd, moins ferme. A un stade précoce ou moyen de l'affection, il résulte des recherches de M. de Montyel[1], qu'il a ou conservé son poids normal ou augmenté, à cause des processus de congestion, d'hypertrophie et d'hyperplasie des tissus conjonctifs; l'augmentation de poids peut atteindre 300 grammes; et la diminution, plus tard, lorsque l'atrophie de l'organe l'aura emporté sur l'hypertrophie, peut dépasser 400 grammes. Ces données concordent sensiblement avec celles de Brunet[2]. Une phase intermédiaire, à la seconde période de la maladie, correspond à l'interférence, dans le résultat général de la pesée du cerveau, des deux processus inverses d'hypertrophie conjonctive et d'atrophie parenchymateuse. Lorsque celle-ci est accomplie, les circonvolutions sont rapetissées, amincies, les sillons sont élargis. La *substance grise* est ramollie, semée de petits foyers hémorragiques ou pigmentaires, surtout dans les régions antérieures du cerveau. La *substance blanche*, qu'on met facilement à nu par le râclage de la calotte grise ramollie, est ou piquetée de points hémorragiques, ou plus blanche que d'ordinaire, et, en général, assez ferme.

Les *ventricules* sont dilatés, contiennent un excès de liquide céphalo-rachidien qui s'écoule à la coupe, et présentent sur leurs parois des lésions très particulières : la *membrane de l'épendyme* est rougeâtre et granuleuse, parfois comparable, par son aspect chagriné, à une langue de chat : ces altérations, maxima au niveau du 4e ventricule, ont été bien décrites par Bayle et Joire, et étudiées microscopiquement par Magnan et Mierzejewski[3] : c'est une *méningite épendymaire diffuse, proliférative*, dont la signification est d'un grand intérêt. (Voyez la planche VI, fig. 1.)

Dans certains cas, les lésions microscopiques, qu'il faut toujours chercher *au niveau des lobes frontaux,* siège du maximum des altérations, ne sont pas assez prononcées pour être caractéristiques. Il n'y a parfois que peu ou pas d'adhérences et d'érosions, à la décortication de la pie-mère. C'est en pareil

[1] Marandon de Montyel. Le poids du cerveau dans la paralysie générale. *Bulletin médical,* 1900.

[2] Brunet. De l'atrophie du cerveau dans la paralysie générale. *Soc. méd. psychol.*, déc. 1899.

[3] Magnan et Mierzejewski. Recherches sur les centres nerveux, 1873.

LÉGENDE EXPLICATIVE DE LA PLANCHE II

I. — Cellules pyramidales normales

Types cellulaires du lobule paracentral normal : petites, moyennes et grandes cellules pyramidales, avec leurs prolongements, leurs granulations chromatophiles, leurs noyaux et nucléoles, leur pigment, etc. Grossissement, $\frac{1}{600}$. Coloration au Nissl.

II. — Cellules pyramidales paralytiques

Types cellulaires de la même région, dans la paralysie générale. Tuméfaction, déformation, chromatolyse de la cellule : abrasion des prolongements ; altération du noyau. Neuronophagie. Présence d'éléments cellulaires, de forme variée, allongés et clairs, ou sphériques et foncés, d'origine leucocytaire, autour de la cellule ganglionnaire (Coloration au Nissl).

III et IV. — Diapédèse vasculaire paralytique

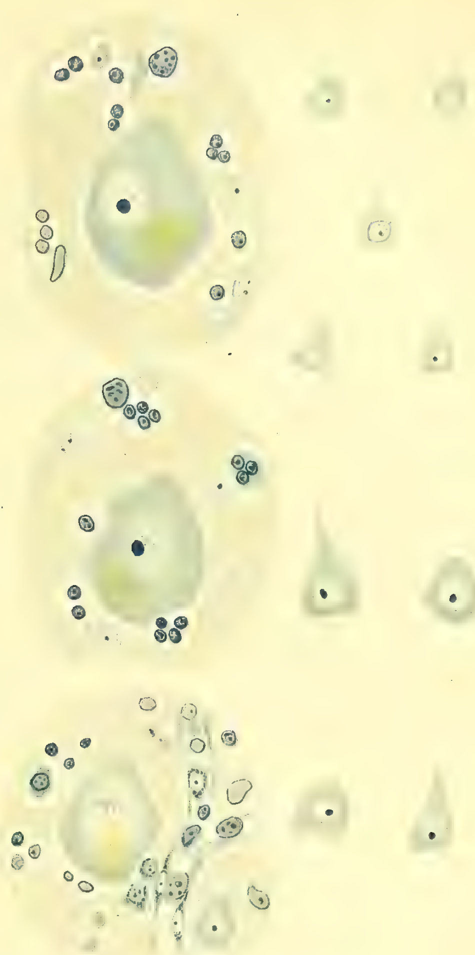
Coupes transversale (fig. III) et verticale (fig. IV). de vaisseaux de l'écorce chez un paralytique, mettant en évidence le manchon de cellules rondes, de nature leucocytaire, qui entourent le vaisseau dans sa gaine lymphatique.

(Collection G. Ballet.)

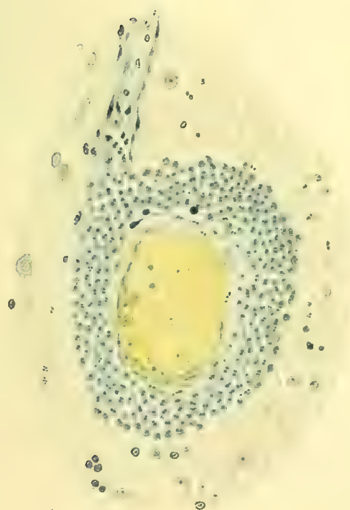
I



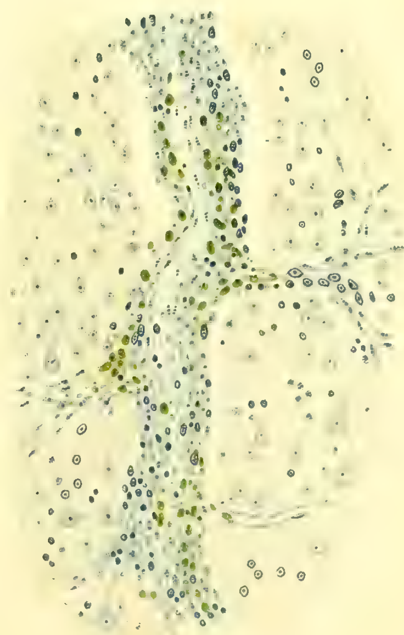
II



III



IV



PARALYSIE GÉNÉRALE.

I — Cellules pyramidales normales.

II — .... d° .... paralytiques.

III et IV — Diabédèse vasculaire paralytique.

(Collection du Dr Ballet.)

cas que l'examen microscopique révèlera le degré, la diffusion et les caractères des lésions paralytiques. Celles-ci intéressent surtout l'écorce grise.

Méninges et vaisseaux. — La lésion caractéristique consiste dans une *méningite fibro-plastique,* diffuse, constituée par l'infiltration nucléaire et leucocytaire abondante de la pie-mère et de l'arachnoïde, et l'épaississement des séreuses et de leurs vaisseaux, qui sont mnltipliés, entourés de manchons leucocytiques moulés dans les *gaines lymphatiques péri-vasculaires;* celles-ci, distendues, contiennent, outre les leucocytes, des hématies, des granulations amorphes et pigmentaires, et des corpuscules hyaloïdes particuliers,

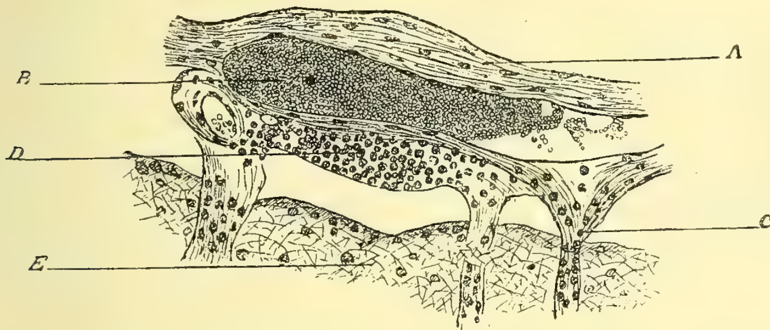


Fig. 102. — Lésions des capillaires (d'après Binswanger).
A, paroi épaissie. — B, accumulation de globules rouges. — C, prolifération. — D, noyaux infiltrés. — E, écorce.

sur lesquels Dagonet[1] a attiré l'attention, et qui seraient formés de gouttelettes de cérébrine. Cette infiltration leucocytaire se retrouve, d'après presque tous les auteurs, et principalement d'après le travail de Mohaim[2] (de Lauzanne) que dans la paralysie générale, la syphilis cérébrale diffuse et la rage : elle constitue donc une lésion presque pathognomonique (fig. 102). Cette diapédèse cellulaire manque autour des capillaires dépourvus de gaine lymphatique : la paroi interne des vaisseaux est relativement intacte : c'est donc un *processus subaigu de périvascularite,* qui paraît être la lésion vasculaire systématique de la maladie.

La question des lésions corticales fines et principalement des lésions vasculaires a été dernièrement l'objet d'une étude intéressante du professeur Nissl (de Heidelberg)[3]. L'illustre histologiste a cherché à établir le diagnostic anatomopathologique de la paralysie générale sur les constatations suivantes :

En dehors des suppurations cérébrales, les cellules migratrices du sang ne se rencontrent que très rarement dans l'épaisseur du parenchyme encéphalique :

[1] Dagonet. Traité des maladies mentales.

[2] Mohaim. De l'importance des lésions vasculaires dans l'anatomie pathologique de la paralysie générale et d'autres psychoses (*Bull. de l'Acad. de Méd. de Belgique,* juillet 1901).

[3] Nissl. Die Diagnose der progressiven Paralyse. *Ein Vortrag in der* 33 *ten Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte in Stuttgart.* Novembre 1902.

dans les encéphalites, les leucocytes ne se trouvent qu'à la superficie de l'écorce, entre la surface du cerveau et la pie-mère, ou bien dans la partie la plus superficielle de la gaine lymphatique périvasculaire. Mais dans toutes les affections inflammatoires, dès qu'on pénètre à une certaine profondeur dans le parenchyme cérébral, on ne trouve plus de leucocytes.

Dans la paralysie générale, les vaisseaux sont tous engainés d'un manchon plus ou moins épais de cellules plasmatiques, caractéristiques des inflammations chroniques. Ces cellules plasmatiques, décrites pour la première fois par Unna, ont été très bien caractérisées au point de vue morphologique, par Marchalko. Ces *Plasmazellen,* qui forment un véritable feutrage aux vaisseaux de l'écorce chez les paralytiques, sont des éléments qui ont quelques analogies avec les noyaux névrogliques ; mais ils sont plus volumineux, et possède un noyau excentrique et une vacuole à l'intérieur. Il faut savoir différencier ces plasmazellen d'autres cellules, qu'on rencontre également dans les écorces paralytiques : parmi celles-ci, Nissl insiste sur une forme cellulaire toute particulière, ressemblant aux noyaux des cellules endothéliales : ce sont des éléments allongés, très clairs, renfermant dans leur intérieur quelques grains de chromatine très petits, et présentant à leurs deux pôles des traces de protoplasma. Le grand axe de ces noyaux allongés est ordinairement perpendiculaire à la surface de l'écorce.

Nissl recommande expressément, pour bien apercevoir ces formes cellulaires, caractéristiques de la paralysie générale, d'employer la technique[1] : fixation à l'alcool à 96°, changé plusieurs fois au début, puis de loin en loin les semaines suivantes ; *pas d'inclusion,* à cause des déformations cellulaires produites par les manœuvres et les liquides intermédiaires (xylol, éther, etc.) ; coupes très fines, coloration à la solution de bleu de méthylène et de savon amygdalien ; différenciation dans l'alcool aniliné.

De la paroi épaissie, fibreuse, des vaisseaux, partent des tractus qui irradient leurs prolongements dans la profondeur de l'écorce ; ce processus de sclérose interstitielle diffuse détermine, par sa prédominance en certains points, les *adhérences méningo-corticales.* En beaucoup d'endroits, on constate diverses altérations dégénératives, vitreuse, hyaline, colloïde, de la paroi des artérioles. Robertson[2] insiste sur la fréquence de la dégénération hyaline des vaisseaux. La sténose relative du calibre des artérioles, la dégénérescence de leurs tuniques, déterminent des troubles circulatoires, des *thromboses,* des *anévrismes miliaires,* dont la conséquence est la production, dans l'écorce et même la substance blanche, de très nombreux *petits foyers de nécrobiose* d'origine ischémique.

L'*étude histologique de l'érosion* démontre qu'elle n'est autre chose qu'un petit foyer de ramollissement superficiel, vidé par l'arrachement de la pie-mère

[1] Je dois ces renseignements, ainsi que la technique employée et les résultats obtenus par Nissl, à mon ami A. Devaux, qui travaille dans le laboratoire du professeur de Heidelberg, et qui m'a communiqué, d'accord avec son maître, le résumé encore inédit de ses dernières recherches. Je lui en adresse mes plus affectueux remerciements.

[2] Robertson. Mental Diseases, 1900. Edimbourg.

LÉGENDE EXPLICATIVE DE LA PLANCHE III

I. — Détail histologique de la granulation épendymaire (paralysie générale)

Gliose sous-épendymaire diffuse, considérable, inégalement répartie, déterminant par endroits des saillies, dont la poussée fait éclater l'épithélium ventriculaire. Ces saillies donnent lieu à l'aspect chagriné ou « langue de chat » des surfaces ventriculaires, dans les épendymites de la paralysie générale et des méningites chroniques (Planche VI, fig. I et II) (Préparation obtenue par la méthode de Weigert-Anglade).

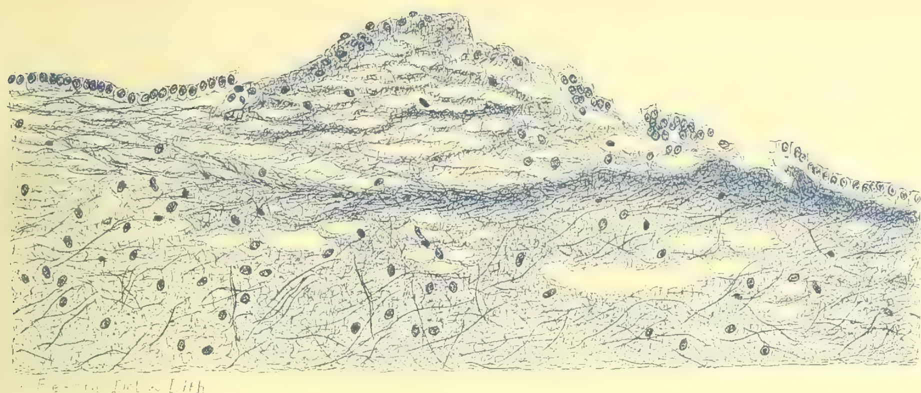
II. — Champ microscopique de la ponction lombaire (paralysie générale)

Lymphocytose abondante, avec deux grands polynucléaires (Préparation au bleu polychrome de Unna).

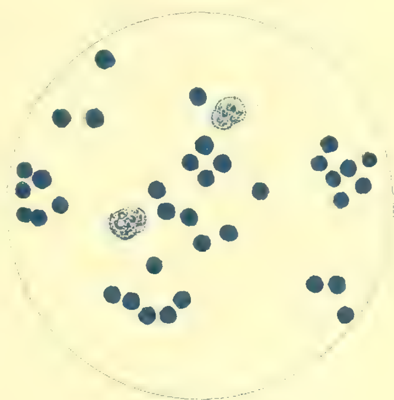
III et IV. — Écorce frontale (lésions cellulaires, névrogliques, vasculaires) (paralysie générale)

Atrophie des cellules, chromatolyse diffuse, gonflement du noyau, légère gliose. Infiltration embryonnaire périvasculaire.

La figure III représente les mêmes lésions à un plus fort grossissement (Préparations selon la méthode de Nissl, au bleu de Unna).



I



II



III



IV

PARALYSIE GÉNÉRALE.

I —— Détail histologique de la granulation épendymaire.

II —— Champ microscopique de la ponction lombaire.

III et IV — Ecorce frontale, *(Lésions cellulaires, névrogliques, vasculaires.)*

(Collection du Dr Dupré.)

adhérente. Tout autour du foyer érosif sont des îlots analogues, qui prennent mal les substances colorantes, et révèlent l'état de nécrobiose diffuse et plus ou moins avancée de zones étendues du parenchyme. Dans les cas où le processus est récent et aigu, on constate des *néoformations vasculaires*, analogues à celles de la queue des têtards en voie d'accroissement (Lubimoff).

Cellules nerveuses. — Les lésions cellulaires sont maxima dans les régions supérieures, les couches externes de l'écorce. A ce niveau, les cellules présentent les altérations les plus profondes, les plus diffuses et les plus variées. Avec les anciennes techniques, on avait noté : l'agrandissement et la tuméfaction trouble du corps cellulaire, son infiltration leucocytique et graisseuse : le rapetissement et l'atrophie, la dégénérescence vitreuse, colloïde, l'infiltration pigmentaire, l'état nécrotique et amorphe de l'élément cellulaire : des aspects de déformation et de dégénérescence du noyau.

Fibres nerveuses. — Tuczek, en 1882, a découvert la lésion histologique la plus importante de la paralysie générale : la *destruction diffuse des tubes nerveux corticaux,* des fibres myéliniques intra-corticales et sous-corticales, des *fibres tangentielles* (fig. 103 à 106) Cette altération destructive porte

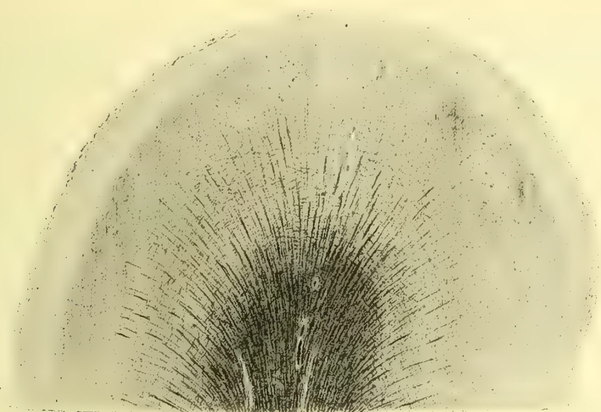


Fig. 103. — Coupe de l'écorce d'un cerveau normal, colorée au Weigert-Pal. Faible grossissement. On voit nettement à la périphérie la couche des fibres tangentielles (collection G. Ballet).

surtout sur les tubes de la couche la plus superficielle de l'écorce : mais elle intéresse également ceux des couches moyennes et inférieures ; elle est toujours plus prononcée et plus précoce au niveau du lobe frontal. Tout à fait au début de l'affection, elle a parfois fait défaut (Magnan et Sérieux) ; et, d'ailleurs, elle a été retrouvée par nombre d'observateurs, Klippel, Zacher, Kéraval, Targowla, mais à un moindre degré de profondeur et de généralisation, dans certains états démentiels.

Les nouvelles méthodes techniques de Golgi, de Nissl, de Weigert, de Pal, de Marchi, etc., ont, dans ces derniers temps, précisé et étendu nos connais-

sances histopathologiques sur ce sujet, et ont permis d'apporter par là quelque

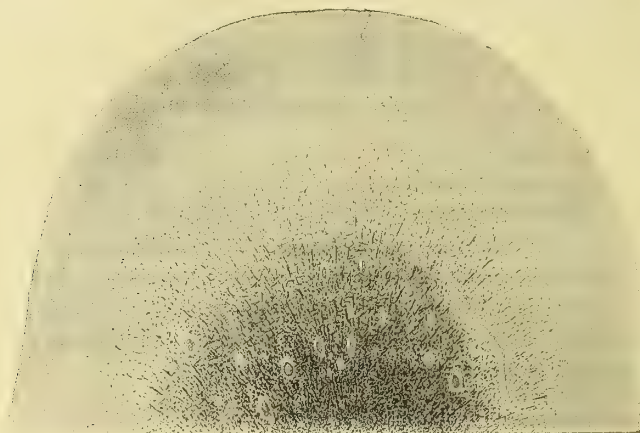


Fig. 104. — Même coupe que sur la figure 103, mais provenant du cerveau d'un paralytique général. Les fibres à myéline, tangentielles ou intracorticales, ont disparu (collection G. Ballet).



Fig. 105. — Même coupe que sur la figure 103, mais vue à un fort grossissement (collection G. Ballet).



Fig. 106. — Même coupe que sur la figure 105, mais provenant du cerveau d'un paralytique général (collection G. Ballet).

lumière dans l'interprétation des lésions [1]. Le *neurone cortical* est frappé dans toute son étendue, et offre les altérations suivantes.

Dans les processus aigus ou récents, deux types pathologiques : le premier, de gonflement du corps cellulaire avec tuméfaction des prolongements et chromatolyse diffuse ; à ce degré, la régénération du neurone serait encore possible ; mais à un stade plus avancé, la dégénération granuleuse s'accentue, la cellule pâlit et se dissout ; le second, d'atrophie de la cellule et du noyau, de karyolyse.

Dans les processus chroniques, on observe la désintégration atrophique du corps cellulaire, qui se rapetisse, se déforme, en affectant des aspects anguleux ou stellaires, et finit par disparaître.

La cellule ne souffre pas que dans son corps et son noyau, elle est atteinte au niveau de ses prolongements protoplasmiques, dont les ramifications sont ou variqueuses et déformées, ou dépourvues de leurs épines et de leurs saillies normales, et de leurs panaches terminaux (Klippel et Azoulay)[2].

Enfin les observations déjà anciennes de Tuczek, relatives aux altérations destructives des tubes nerveux corticaux, ont été reprises et vérifiées avec les méthodes modernes. Celles-ci, entre les mains de Pischl, de Klippel, Zacher, Targowla, Binswanger, Ballet, Philippe, etc., ont mis en évidence le siège et la marche du *processus de démyélinisation des fibres dites tangentielles,* de dehors en dedans, de la couche sous-pie-mérienne, jusqu'à la couche profonde centrovalaire (Voy. les planches III et IV).

Névroglie. Épendyme. — On constate tous les caractères d'une sclérose névroglique accentuée, diffuse et toujours plus prononcée, d'une part : dans les couches superficielles de l'écorce, et d'autre part : dans les couches sous-épendymaires (planche III, fig. 1). Multiplication extrême des noyaux, énorme tuméfaction des cellules, formation des cellules-araignées par l'arborisation hypertrophique des prolongements de celles-ci, feutrage fibrillaire. Il résulte de ces lésions, sur les préparations, un contraste frappant entre la netteté et l'abondance du tissu névroglique, et la raréfaction et la dissolution des éléments nerveux, surtout des fibres myéliniques. Il est parfois difficile d'apprécier la proportion relative des altérations hypertrophiques de la névroglie et atrophiques du parenchyme.

Les études de Magnan et Mierzejewski ont bien démontré les relations des processus de sclérose névroglique corticale et sous-épendymaire, et des granulations de l'épendyme. L'encéphalite péri-épendymaire, au centre, et l'encéphalite péri-corticale à la périphérie, constituent deux vastes foyers d'irritation diffuse, pénétrant toute la masse cérébrale, gagnant les parties profondes, à la fois par la couche corticale, de la périphérie au centre, et, par les ventricules, du centre à la périphérie (Magnan et Sérieux). Cette *épendymite granuleuse,* qui constitue les granulations de Bayle et Joire

[1] Nissl. *Archiv. für Psychiatrie,* XXVIII, p. 989.

[2] Klippel et Azoulay. Des lésions histologiques dans la paralysie générale, d'après la méthode de Golgi (*Archiv. de Neurol.*, 1890).

(voyez planche III, fig. 1), est de nature névroglique : ce sont des bourgeons névrogliques saillant sous l'épendyme ventriculaire qui forment ces granulations (Philippe, Anglade).

Anglade et Chocreaux[1] ont bien étudié ces altérations de la névroglie, à l'aide d'une méthode de coloration élective particulièrement sûre[2]. Le processus d'hyperplasie névroglique, essentiellement diffus et généralisé, est beaucoup plus prononcé dans la substance blanche que dans la grise; il s'accuse surtout autour des vaisseaux, et dans les régions épendymaires. Dans la substance grise, un riche réseau fibrillaire recouvre l'écorce; au-dessous, on rencontre des fibres volumineuses, à irradiation verticale, centripète, avec de grandes cellules à deux ou trois noyaux : ces grosses cellules multinucléées existent en abondance dans les couches profondes de l'écorce. Dans la couche des grandes et petites cellules pyramidales, et surtout dans celle des cellules polymorphes, la prolifération névroglique est moins abondante : et entre la substance grise et la substance blanche, le microscope montre qu'en bien des endroits, les attaches sont rompues.

Les grandes cellules névrogliques se disposent, dans l'écorce grise, autour des capillaires et de la loge des cellules ganglionnaires, qu'elles étreignent et semblent étouffer.

Dans la substance blanche, les cellules névrogliques, plus petites que dans la substance grise, se disposent sous l'aspect d'un inextricable réseau de fines fibrilles en tous sens entrelacées, et orientées autour de foyers de convergence, où se rencontrent un, deux ou trois noyaux en voie d'active division. Dans les corps opto-striés, dans la capsule interne, même prolifération diffuse : sous l'épithélium ventriculaire, des pelotons fibrillaires soulèvent, de place en place, le revêtement épendymaire, et donnent lieu à l'aspect macroscopique de la « langue de chat » : surtout dans le quatrième ventricule (planche VI, fig. 1).

On constate aussi l'existence, sous cet épithélium, d'une lame de névroglie formée de fibres disposées horizontalement, et très épaisse, surtout au niveau des vaisseaux qui la sillonnent. De ces vaisseaux, comme centre, partent des irradiations de faisceaux névrogliques qui s'enfoncent dans la substance grise et blanche adjacente.

Dans le cervelet, Roecke[3] a constaté la multiplication irrégulière des fibres de Bergmann dans la zone moléculaire, la gliose intense péri-vasculaire et péri-cellulaire, autour des éléments de Purkinje.

Dans la moelle, la prolifération névroglique est intense autour de l'épendyme et des vaisseaux péri-épendymaires; elle s'étend vers la colonne de

[1] Anglade et Chocreaux. La névroglie dans la paralysie générale. *Revue Neurologique*, juillet 1901.

[2] Anglade et Morel. Un nouveau procédé de coloration de la névroglie. *Soc. de Neurol.*, 7 février 1901.

Anglade. A propos d'une nouvelle méthode de coloration de la névroglie. *Soc. de Neurol.*, 7 mars 1901.

[3] Rœcke. Die Gliaveränderungen im Kleinhirn bei der p. P. *Arch. f. Psych.*, 1901.

LÉGENDE EXPLICATIVE DE LA PLANCHE IV

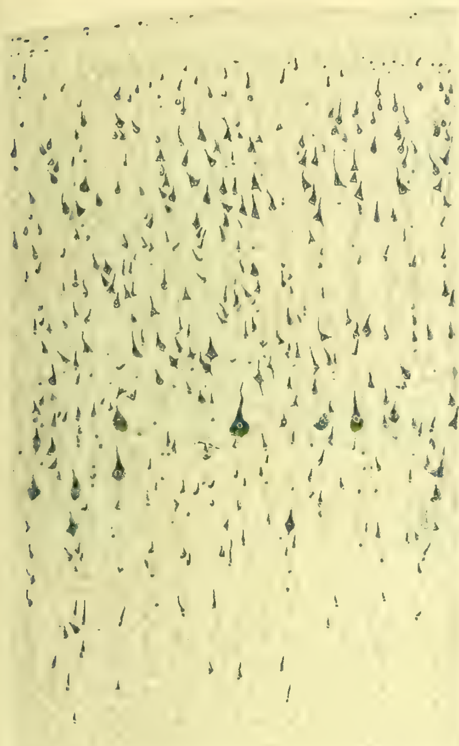
I ET II. — ÉCORCE NORMALE (LOBULE PARACENTRAL)

La figure II représente une partie de la figure I, à un fort grossissement ; on y voit nettement les cellules pyramidales) petites et grandes, avec leurs granulations chromatophiles (Coloration au Nissl).

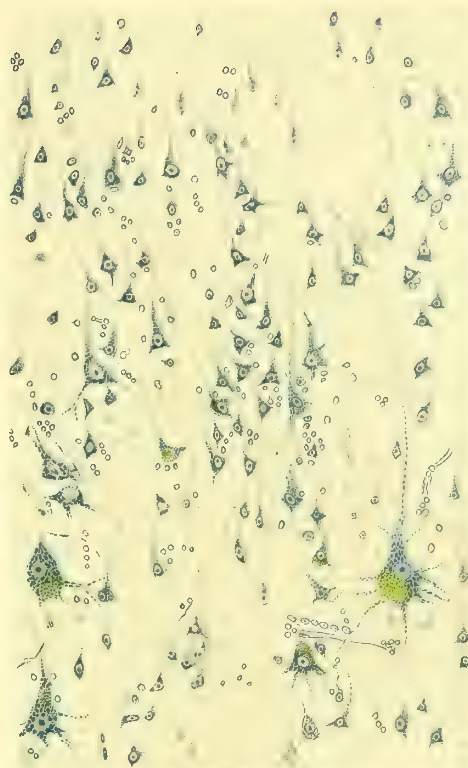
III ET IV. — ÉCORCE PARALYTIQUE (LOBULE PARACENTRAL)

Même région de l'écorce, dans la paralysie générale ; on y voit l'atrophie des cellules pyramidales, la chromatolyse, la multiplication des vaisseaux (Coloration au Nissl).
(Collection G. Ballet.)

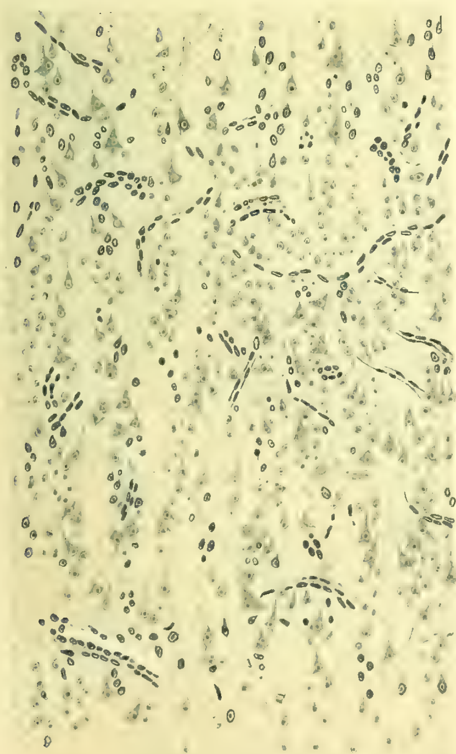
I.



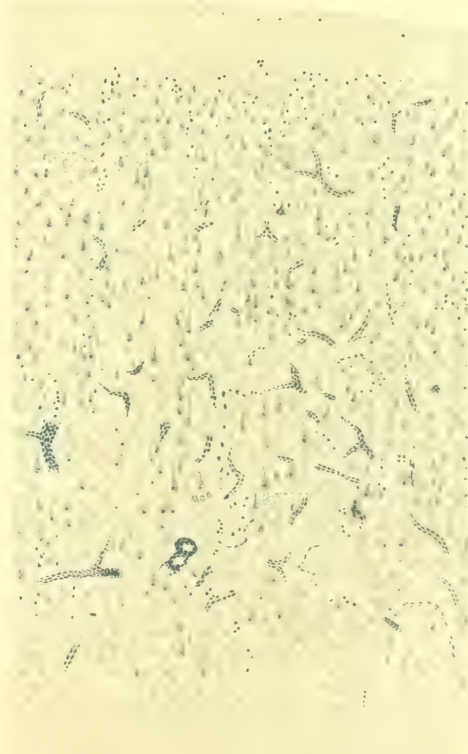
II.



III.



IV.



PARALYSIE GÉNÉRALE.

I et II._ Écorce normale, *(lobule paracentral.)*

III et IV_ ....d°.....paralytique *(même région.)*

(Collection du Dr. Ballet.)

Clarke, se montre moins riche vers les cornes antérieures; dans la substance blanche, le processus paraît beaucoup moins actif.

On voit par cette description, que nous empruntons au travail d'Anglade, combien prédomine, par sa précocité, sa diffusion et son intensité, dans le complexus anatomique de la paralysie générale, le processus hyperplastique de la névroglie.

Substance grise centrale. Substance blanche. — On retrouve dans la substance centrovalaire, mais moins prononcées au centre qu'à la périphérie de l'encéphale, les mêmes lésions vasculaires, névrogliques et tubulaires : nécrobiose ischémique, dégénérescence tubulaire, endopériartérites diffuses, etc. Dans les noyaux gris de la base, principalement dans la couche optique, on constate les mêmes altérations cellulaires que dans l'écorce. Schultze[1] n'a pas trouvé de dégénération secondaire dans les noyaux antérieurs du thalamus, à l'autopsie de huit paralytiques : mais l'auteur n'a pas employé la méthode de Marchi. De nombreux auteurs d'ailleurs, Schütz, Lissauer, Zagari, ont constaté des lésions thalamiques. Rœcke[2] a constaté une gliose intense dans le pulvinar, les tubercules quadrijumeaux antérieurs, les olives, la protubérance. Il attribue la rigidité des pupilles aux lésions thalamiques.

Bulbe. Moelle. — Dans le bulbe, on observe la sclérose névroglique épendymaire et sous-épendymaire : les granulations abondent sur le plancher du 4e ventricule (planche VI, fig. 1). On a également signalé l'atrophie nucléaire de certains nerfs craniens, notamment des 6e, 7e et 12e paires.

La moelle est le siège de lésions fort importantes, dont l'étude, commencée par Horn, Hoffmann, Türck, Topinard, Baillarger, Luys, Rey, Westphall, A. Voisin, Foville, a été continuée par de nombreux auteurs, dont les principaux sont Magnan, Joffroy, Raymond, Klippel, Marie, Nageotte, Rabaud, Homèn, Sibelius, Perpère, etc[3].

Les lésions sont à peu près constantes; parfois, dans certains cas à évolution courte, elles ne sont qu'ébauchées : le plus souvent, elles sont très accentuées et se rapportent, selon leur topographie, à plusieurs types. Dans une première série de cas, le *tabes*, associé à la paralysie générale, se manifeste anatomiquement par ses lésions classiques, indépendantes de la paralysie générale. Dans la paralysie générale pure, les lésions médullaires appartiennent souvent au type des *scléroses combinées postéro-latérales*. La lésion porte à la fois sur les deux cordons, latéral et postérieur (fig. 107) : elle peut aussi n'intéresser qu'un seul système et réaliser alors une sclérose fasciculaire postérieure ou latérale.

[1] Schultze (de Bonn). Beitrage zur patholog. Anatomie des Thalamus bei der progress. Paralyse. *Monatsch. f. Psych. und. Neurol.*, 1898.

[2] Rœcke. Einiges über die Veränderungen im Kleinhirn und Hirnstamm bei der p. P. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1900.

[3] Pour la bibliographie de la question, voir plus haut, au chapitre des formes médullaires de la paralysie générale.

Dans le cas de *sclérose latérale*, la lésion, qui s'étend sur toute la hauteur

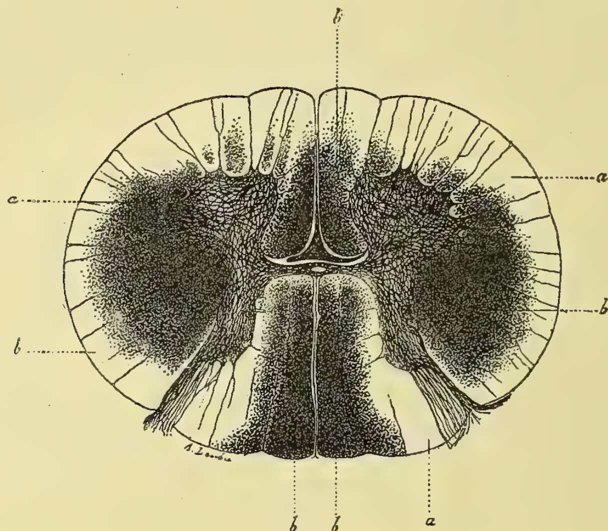


Fig. 107. — Coupe de la région cervicale de la moelle.
Dégénération des faisceaux latéraux et postérieurs. Les parties claires sont normales; les parties teintées sont sclérosées.

de la moelle, n'atteint généralement pas le bulbe. Elle siège sur le faisceau



Fig. 108. — Coupe de la région lombaire supérieure de la moelle, dans la paralysie générale. (Préparation de Marinesco.)

A, corne antérieure. — B, corne postérieure. — C, cordon latéral. — D. faisceau de Türck. — E, faisceau pyramidal très légèrement dégénéré. — F, racine postérieure. — G, commissure. — H, zone de Lissauer. — I, zone radiculaire postérieure indemne. — J, faisceau de Burdach (zone radiculaire moyenne) dégénéré.

pyramidal croisé, dont elle déborde les limites, et respecte le faisceau pyramidal direct. Elle ne reproduit que grossièrement le type de la dégénération systématique descendante pyramidale, secondaire aux lésions cérébrales. Moins

intense, moins complète, sans limites précises, elle prédomine à la région dorsale et s'éteint progressivement en haut et en bas. Starlinger[1] a constaté, dans les trois quarts des cas environ, la dégénérescence fasciculaire descendante, unilatérale ou bilatérale, depuis les zones rolandiques jusque dans la

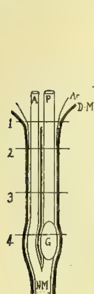


Fig. 109.

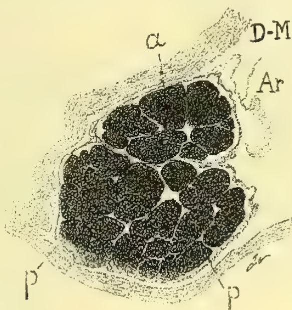


Fig. 110.

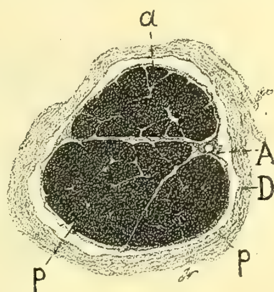


Fig. 111.

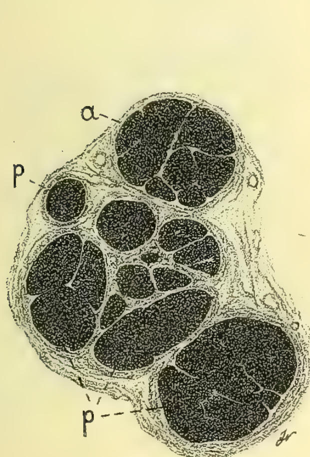


Fig. 112.



Fig. 113.

Nerf radiculaire normal (2e sacré). Méthode osmio tannique d'Azoulay sans décoloration, colorant la myéline en noir.

Figure 109, Schéma montrant le niveau des différentes coupes. — Figures 110, 111, 112, 113, coupes suivant les lignes 1, 2, 3, 4 du schéma; *a*, racine antérieure; *p*, racine postérieure; *g*, ganglion rachidien; D, D-M, dure-mère; A, Ar, arachnoïde; NM, nerf mixte.

N.-B. — Toutes les coupes de nerfs radiculaires sont figurées au grossissement uniforme de 10 diamètres.

moelle : dans tous les cas, avaient été observés des ictus apoplectiques avec hémiplégies, transitoires ou permanentes.

Dans la *sclérose postérieure,* la lésion reproduit assez fidèlement le type de la sclérose tabétique : elle en diffère par quelques caractères sur lesquels ont insisté le Pr Joffroy, Klippel, Rabaud, Stojanowitch (fig. 108).

[1] Starlinger. Beitrag zur pathologischen Anatomie der p. P. (*Monatschr. f. Psych. u. Neur.* Vol. VII, 1900).

Discontinuité des zones sclérosées dans la hauteur de la moelle ; diffusion et irrégularité des lésions cellulaires, ainsi que de la répartition de la sclérose, considérée sur une même coupe ; intégrité relative ou absolue des racines postérieures ou des zones de Lissauer : en somme, atteinte diffuse et irrégulière des neurones centraux, par un processus d'origine intraspinale, et transmission secondaire de la dégénérescence aux téléneurones sensitifs

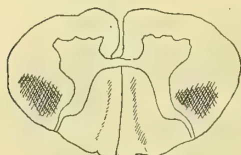


Fig. 114.

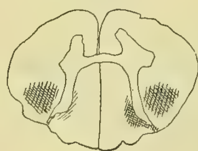


Fig. 115.



Fig. 116.

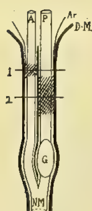


Fig. 117.



Fig. 118.

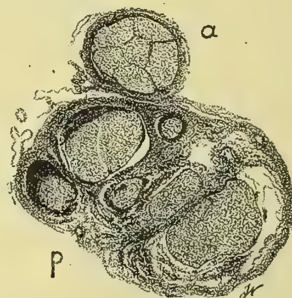


Fig 119.

Homme de 35 ans. Diagnostic clinique : *paralysie générale.*

Figures 114, 115, 116, moelle à la 7e cervicale, à la 2e dorsale et à la 5e dorsale. Lésion symétrique d'une seule paire radiculaire (2e dorsale) plus marquée à droite, avec dégénérescence de la branche ascendante (fig. 114) et de la branche descendante (fig. 116). — Figure 117, schéma du 2e nerf radiculaire dorsal droit. Les hachures indiquent le siège et l'intensité des lésions conjonctives. – Figures 118 et 119, coupes au niveau des lignes 1 et 2 du schéma. Hématoxyline et éosine. Lésion en pleine évolution, consistant surtout en une périnévrite. Infiltration cellulaire énorme, formant un nodule au niveau de la racine antérieure (fig. 118). Entre la lésion conjonctive et la dégénérescence médullaire, les fibres des racines postérieures paraissent saines. Sur les autres racines, non dégénérées dans la moelle, il n'existe que des lésions conjonctives insignifiantes au niveau des nerfs radiculaires; le 2e nerf radiculaire sacré représenté plus haut, figures 110, 111, 112 et 113, et pris comme type de nerf normal, appartient à ce cas.

(électivement atteints dans le tabes). Cette localisation élective des lésions, sur des systèmes différents de neurones, expliquerait l'intégrité habituelle, dans la paralysie générale, de la rétine : celle-ci, représentant, au moins en partie, un ganglion intervertébral rejeté à la périphérie, serait, au contraire, en sa qualité de téléneurone sensoriel, fréquemment atteinte dans le tabes (Klippel). Les observations de Kéraval et Raviart, que je mentionne plus bas, montrent cependant que la rétine participe souvent au processus morbide diffus de la paralysie générale.

Dans son rapport au Congrès international de Paris (1900) Homèn considère les altérations des cordons postérieurs, dans la paralysie générale, comme d'origine exogène, semblables à celles du tabes, ou ne s'en distinguant que par une participation quantitativement différente des divers systèmes de

fibres et des divers étages de la moelle. La participation des zones endogènes serait due à une propagation secondaire du processus primitivement exogène. Homèn n'exclut cependant pas la possibilité d'une atteinte primaire des fibres endogènes, combinée avec la lésion de leurs cellules de cordon.



Fig. 120.

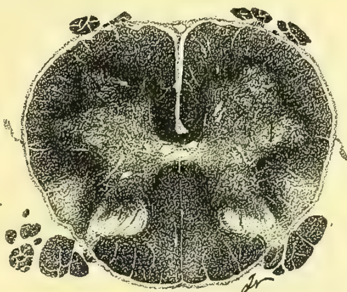


Fig. 121.

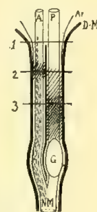


Fig. 122.

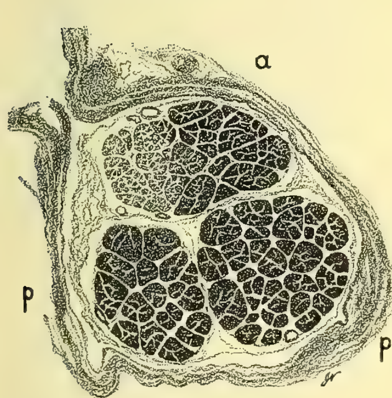


Fig. 123.

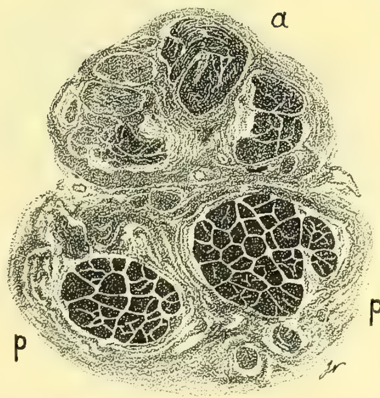


Fig. 124.

Femme de 38 ans. Diagnostic clinique : *paralysie générale*. Dans ce cas les lésions des racines antérieures sont plus intenses que celles des racines postérieures.

Figures 120 et 121, moelle à la 4e lombaire et à la 1re sacrée. Méthode de Weigert-Pal. Dans la région cervicale la sclérose du cordon de Goll et du cordon de Burdach est à peine visible. — Figures 122, 123, 124 et 125, schéma du 2e nerf radiculaire sacré et coupes suivant les lignes 1, 2 et 3 du schéma. Les lignes pointillées du schéma indiquent le siège et les limites des faisceaux de régénération dans la racine antérieure. — Sur la figure 123, la moitié gauche de la racine antérieure est plus pâle parce qu'elle contient beaucoup de faisceaux de régénération ; ceci indique que la destruction des tubes nerveux s'est propagée en remontant un peu au-dessus du foyer inflammatoire. — La figure 124, montre le foyer inflammatoire endo-périnévritique de la racine antérieure et la périnévrite autour de la racine postérieure, dont les fascicules paraissent encore sains en eux-mêmes.

Nageotte insiste sur l'analogie complète du processus pathogénique et évolutif des lésions, inflammatoires et dégénératives, tabétiques et paralytiques, qu'il rapporte à la névrite interstitielle radiculaire transverse, dont les lésions initiales, plus ou moins profondes, président à la constitution des lésions systématiques postérieures. On sait que Raymond[1] et ses élèves identifient

[1] Raymond et Sérieux. Art. Paralysie générale. Traité de Brouardel-Gilbert. 1902.

le processus anatomique du tabes et celui de la sclérose médullaire postérieure, dans la paralysie générale.

On trouvera, dans la série des figures ci-jointes (fig. 109 à 138) que je dois à Nageotte, la représentation des lésions initiales de névrite radiculaire transverse et des lésions secondaires de dégénérescences médullaires dans la paralysie générale avec association de tabes.

Une autre variété myélopathique de la paralysie générale est représentée par les *téphromyélites circonscrites* ou *diffuses,* qui se révèlent par des



Fig. 125.

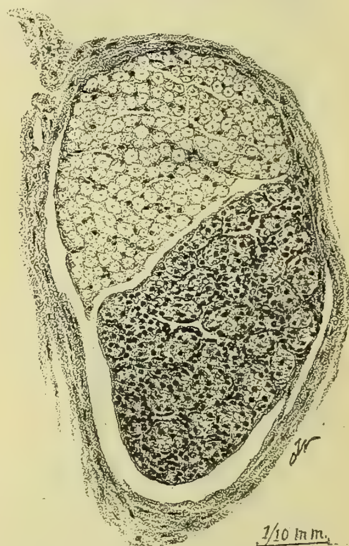


Fig. 126.

Sur la figure 125 certains fascicules de la racine postérieure sont pénétrés par des foyers celluleux lâches (périnévrite cavitaire); d'autres fascicules sont très pâles par suite de foyers d'endonévrite, sans périnévrite à ce niveau. Le fascicule *x*, entre autres, est divisé en deux moitiés : la moitié supérieure est intacte, la moitié inférieure presque complètement démyélinisée. Méthode d'Azoulay sans décoloration. — Figure 126, le fascicule *x* de la figure 125 vu à un grossissement de 90 diamètres. Hématoxyline et éosine. Intégrité de la moitié supérieure. Endonévrite de la moitié inférieure, formation d'îlots; dans cette moitié inférieure les cylindraxes sont soit dépouillés complètement de myéline, soit recouverts d'une gaine myélinique amincie. Pas de périnévrite en ce point; dans les coupes faites un peu plus près de la moelle l'endonévrite est associée à une périnévrite intense.

N.-B. — Entre le point où elles sont démyélinisées au contact de l'endonévrite (fig. 125) et celui où elles dégénèrent dans la moelle (fig. 120 et 121), les fibres de la racine postérieure ont un aspect normal (fig. 123 et 124).

lésions atrophiques plus ou moins étendues de la substance grise des cornes antérieures et des faisceaux latéraux. La dégénérescence du neurone moteur se poursuit d'ailleurs sur les conducteurs nerveux périphériques, et se traduit cliniquement par l'amyotrophie, simple ou spasmodique, des territoires périphériques correspondants. Joffroy[1], dans un mémoire classique, a bien mis en lumière ces variétés de lésions médullaires primitives en foyer et leurs conséquences cliniques; il en donne une observation personnelle dont le titre résume la portée et l'intérêt : Paralysie générale. Atrophie musculaire de la main gauche. Altérations des cellules nerveuses de l'encéphale et

[1] A. Joffroy. Contribution à l'anatomie pathologique de la paralysie générale. *Arch. de méd. expérim.*, nov. 1892.

de la moelle. Atrophie des grandes cellules motrices de la corne antérieure gauche de la moelle cervicale.

Dans d'autres cas, on observe des lésions de *sclérose diffuse*, plus ou moins étendue, de la moelle, avec association de *leptoméningite*.

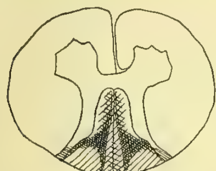


Fig. 127.

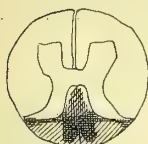


Fig. 128.

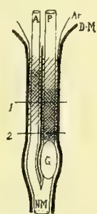


Fig. 129.

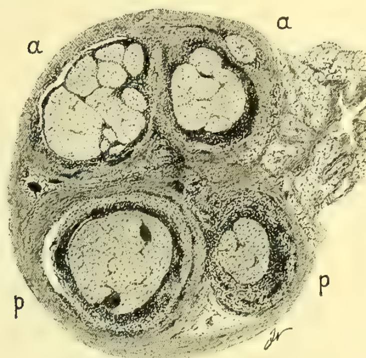


Fig. 130.

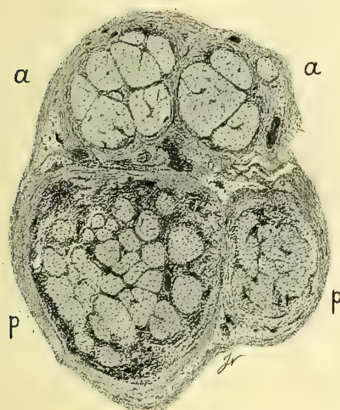


Fig. 131.



Fig. 132.

Femme de 49 ans. Diagnostic clinique : *paralysie générale et tabes.*

Figures 127 et 128, moelle à la 6e cervicale et à la 2e lombaire. — Figure 129, schéma du 2e nerf radiculaire sacré. — Figures 130 et 131, coupes suivant les lignes 1 et 2 du schéma. Hématoxyline et éosine. Lésions intenses de périnévrite et d'endonévrite en pleine évolution; sclérose avec infiltration cellulaire abondante. La coupe représentée figure 131 montre que la racine postérieure est très dissociée au voisinage du ganglion par le processus inflammatoire. — Figure 132, coupe voisine de la ligne 1 du schéma. Méthode d'Azoulay mettant en évidence les tubes à myéline. Altération relativement peu considérable de la racine postérieure. Dissociation des tubes de la racine antérieure par l'endonévrite. A un fort grossissement on voit qu'un certain nombre de tubes de la racine antérieure sont remplacés par des faisceaux de régénération.

Nageotte [1] est revenu, dans un travail de grand intérêt, sur la question des lésions originelles du tabes. Confirmant ses premières conclusions, relatives au rôle pathogène de la *névrite interstitielle radiculaire transverse*, il attri-

[1] Nageotte. Pathogénie du tabes dorsal. *Presse médicale*, 10 décembre 1902 et 3 janvier 1903.

bue cette lésion à une localisation élective particulière du processus diffus de la méningo-syphilose tardive. Cette localisation est elle-même réglée par les *dispositions anatomiques locales de la circulation lymphatique.* Il est intéressant de rapprocher cette théorie de celle de Marie et Guillain [1] sur l'origine et

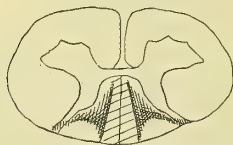


Fig. 133.

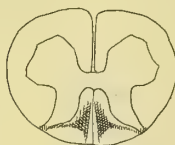


Fig. 134.

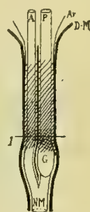


Fig. 135.

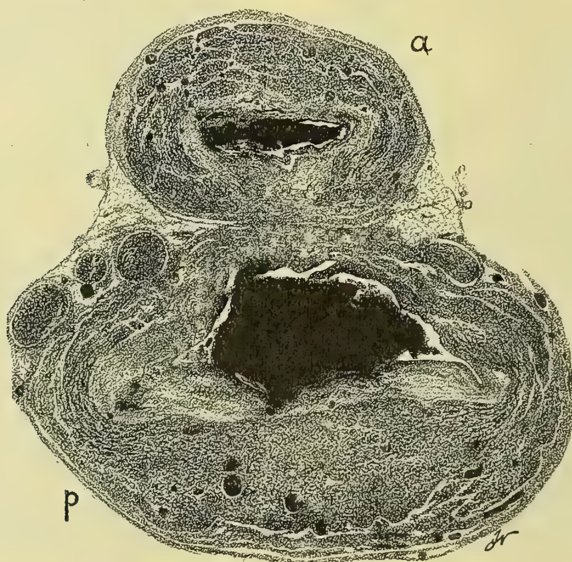


Fig. 136.

Femme de 37 ans. Diagnostic clinique : *paralysie générale, atrophie des nerfs optiques.*

Figures 133 et 134, moelle à la 7ᵉ cervicale et à la 1ʳᵉ sacrée. — Figures 135 et 136, schéma du 2ᵉ nerf radiculaire sacré et coupe suivant la ligne 1 du schéma. Forme hémorragique. Sclérose hypertrophique dissociant les fibres des racines antérieure et postérieure, qui sont relativement peu atteintes, et envahissant la partie supérieure du ganglion. Dégénérescence hyaline des vaisseaux. Au centre de la racine antérieure, comme au centre de la racine postérieure, il existe une poche à paroi conjonctive épaisse, de formation certainement ancienne, qui contient du sang non altéré, coloré en noir. Méthode de Weigert pour la myéline. Grossissement de 10 diamètres.

la nature *histolymphatique* spinale postérieure du processus tabétique. Ces constatations, qui mettent en lumière le rôle prépondérant des altérations lymphatiques et méningées dans le tabes, la diffusion des lésions, leur nature inflammatoire infectieuse, doivent être rappelées ici, pour éclairer la concep-

[1] P. Marie et Guillain. Pathogénie du tabes dorsal. *Soc. méd. des Hôpitaux.* Janvier 1903,

tion pathogénique de la paralysie générale, et faire comprendre la fréquence des lésions médullaires diffuses dans cette dernière affection.

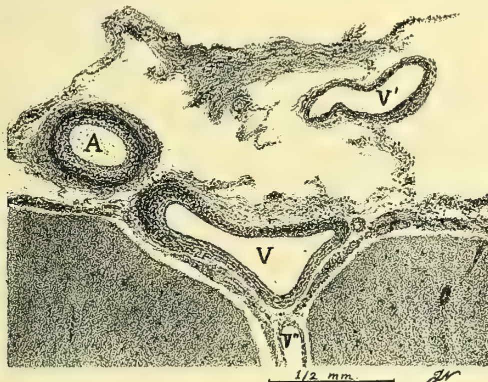


Fig. 137. — Homme de 37 ans. Diagnostic clinique : *tabes et paralysie générale.*
Sillon antérieur de la moelle au niveau de la région dorsale. Hématoxyline et éosine. Grossissement de 36 diamètres. Méningite en pleine évolution. Infiltration de la pie-mère et du tissu sous-arachnoïdien par des lymphocytes. Périartérite et endartérite (A). Phlébite (V); deux veines normales (V', V''). Capillaire à paroi infiltrée dans la substance médullaire à droite.



Fig. 138. — Même cas que figure 137.
Plaque de myélite dans le faisceau latéral, au niveau de la 4e dorsale. Infiltration de la méninge et des vaisseaux par des lymphocytes. Hématoxyline et éosine.

Lésions oculaires. — La fréquence des lésions du fond de l'œil est assez variable. Le professeur Joffroy [1] les dit assez rares; et, lorsqu'elles existent,

[1] A. Joffroy. *Congrès de Grenoble*, 1902.



Fig. 139[1]. — Coupe longitudinale de la papille et du nerf optique à l'entrée dans le globe de l'œil. Grossissement 55 diamètres.

La coupe passe par la partie centrale du nerf; en *a* section transversale de l'artère centrale. L'augmentation du nombre des éléments, conjonctifs et névrogliques est frappante; en *d* envahissement de la papille par de nombreux éléments conjonctifs auxquels sont mêlés des noyaux névrogliques; en *g* amas de noyaux névrogliques très proliférés; en *e* les fibres nerveuses apparaissent ondulées, diminuées en nombre, aussi leur passage dans la rétine se fait-il brusquement, déterminant la production d'un coude.

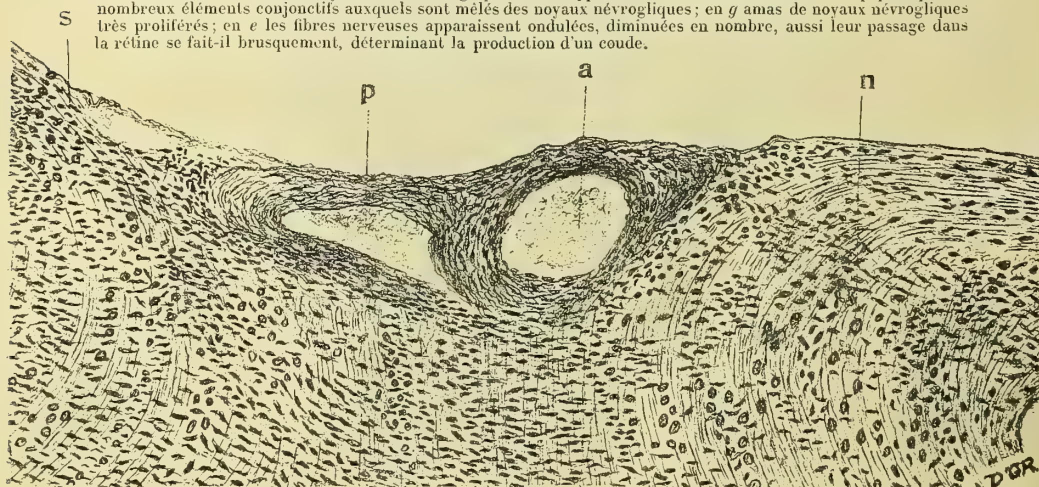


Fig. 140. — Coupe longitudinale de la papille de l'œil du même malade. Grossissement 236 diamètres.

En *a* artère centrale; en *p* veine, leur tunique externe est extrêmement épaissie. Les éléments du tissu conjonctif sont très abondants; en *s* particulièrement région qui paraissait blanchâtre à l'examen ophtalmoscopique. En *n* noyau névroglique.

[1] Je dois la reproduction de ces cinq préparations d'histologie pathologique oculaire à MM. Bourneville et Kéraval, auxquels j'adresse mes vifs remerciements.

analogues à celles de l'atrophie papillaire des tabétiques. Kéraval et Raviart[1] les ont constatées environ dans les 4/5 des cas examinés, sur 51 malades. Les lésions manquèrent chez des paralytiques en rémission ou à forme lente. Dans trois autopsies, l'examen histologique a montré à ces auteurs des altérations

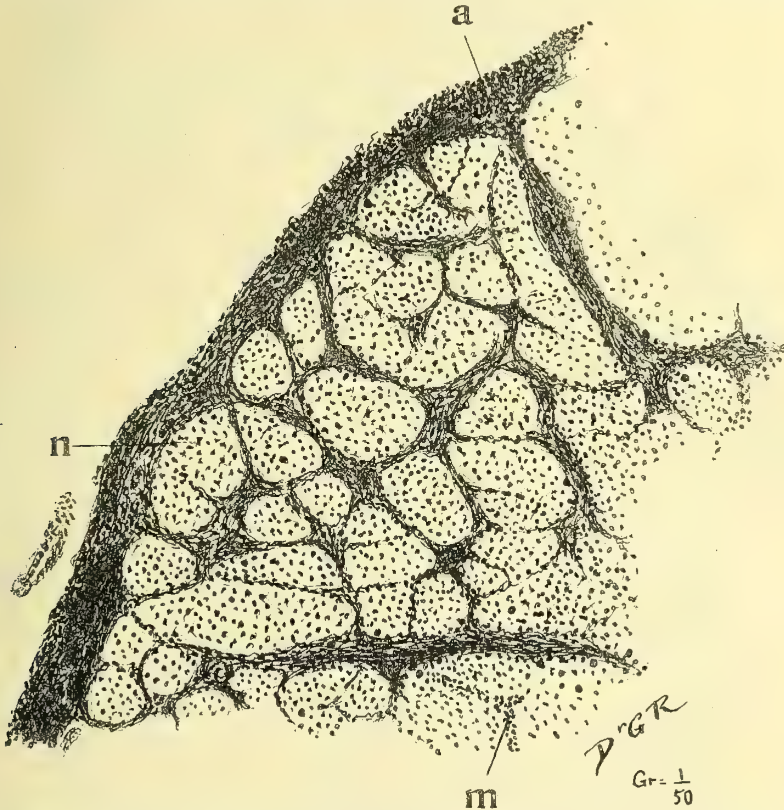


Fig. 141. — Coupe transversale du nerf optique du même malade, pratiquée à un centimètre du chiasma. Grossissement : 50 diamètres.

On remarquera l'augmentation de volume des travées conjonctives et le grand nombre des éléments conjonctifs et névrogliques. En *a*, amas de cellules conjonctives dans la gaine du nerf ; en *n*, cellules névrogliques intra-fasciculaires, représentées dans toute l'étendue de la figure par un nombre correspondant de points ; elles sont surtout abondantes près des capillaires, autour desquels elles forment de véritables manchons comme en *m* ; la plupart de ces cellules possèdent des prolongements, nous en avons représenté quelques-unes figure 142, en *n*.

de la *rétine*, intéressant la couche des cellules nerveuses et semblables aux lésions corticales ; de la *papille*, atrophiée dans ses fibres, et présentant de la sclérose névroglique et conjonctive, enfin du *nerf optique*, avec les mêmes lésions que la papille, et de la prolifération des cellules de sa gaine piale. Lorsque l'ophtalmoscope décèle des lésions à peine perceptibles, tout à fait initiales, l'examen nécroptique révèle des altérations déjà notables des élé-

[1] Kéraval et Raviart. L'état du fond de l'œil chez les paralytiques généraux et ses lésions initiales. *Congrès de Grenoble* 1902. Caudron. *Th. de Lille* 1902.

ments anatomiques. A une papille floue ou d'aspect lavé, correspond déjà un

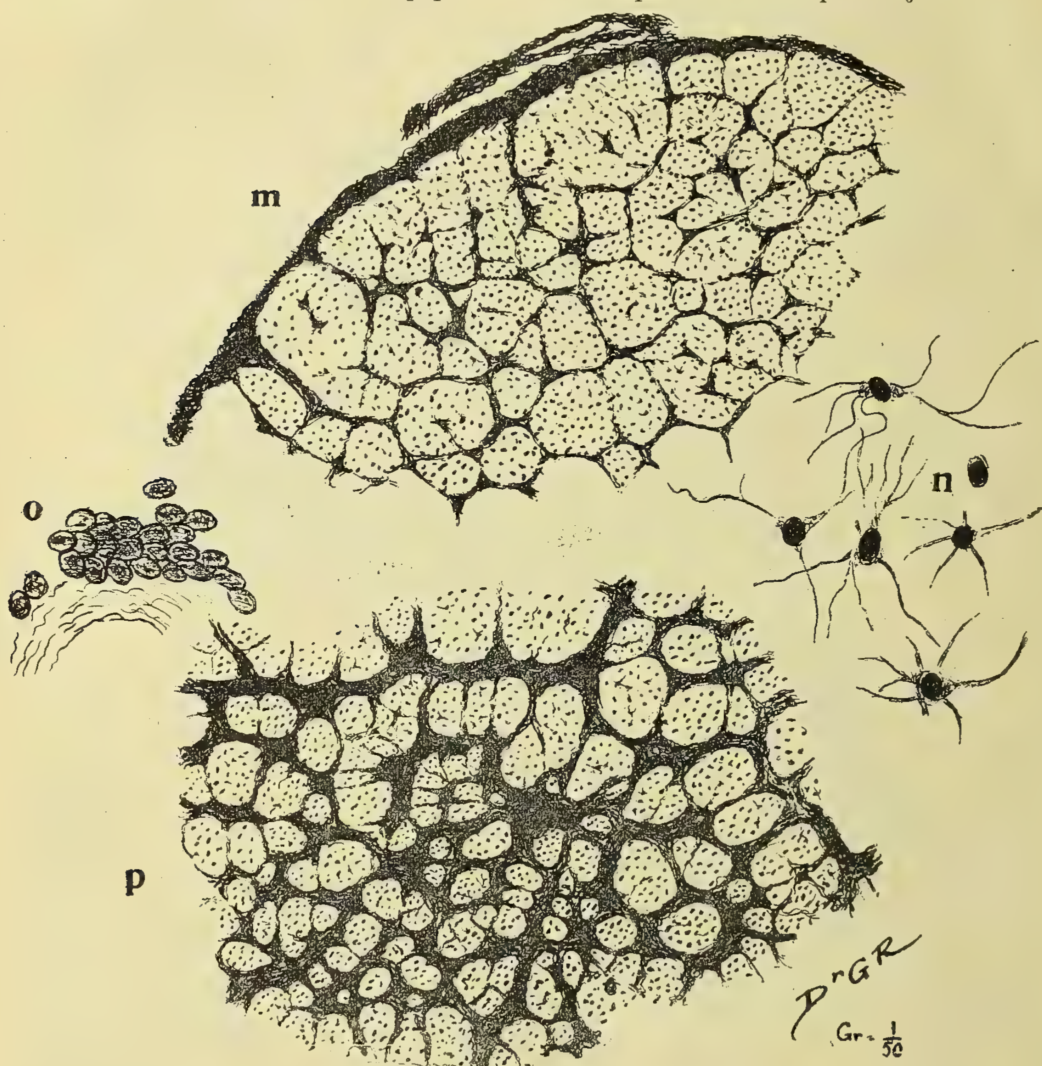


Fig. 142.

m, coupe transversale du nerf optique chez un autre sujet, un centimètre en arrière du globe oculaire. Grossissement : 50 diamètres.

On constate une légère augmentation du volume des travées conjonctives interfasciculaires, les cellules névrogliques interfasciculaires sont très augmentées en nombre : en *p*, coupe transversale du même nerf pratiquée à un centimètre du chiasma ; même grossissement ; la prolifération des travées conjonctives est extrêmement marquée, les petits vaisseaux intratrabéculaires ont leur tunique externe épaissie ; très nombreuses cellules de névroglie intrafasciculaires représentées par des points noirs en nombre correspondant. Nous en avons figuré quelques-unes en *n* (grossies 1 428 fois), la plupart sont très développées et possèdent de longs prolongements. En *o*, amas d'éléments du tissu conjonctif dans le voisinage d'un vaisseau de la gaine piale du nerf.

processus de papillite et de névrorétinite diffuses. La constatation de ces lésions offre un grand intérêt, puisqu'elle démontre l'extension du proces-

sus anatomique diffus de la paralysie générale à un territoire, qui, comme celui du fond de l'œil et du pédoncule optique, est une expansion périphérique du système nerveux central (voir les figures 139 à 143).

Perpère rapporte dans sa thèse trois observations de tabétiques amauro-

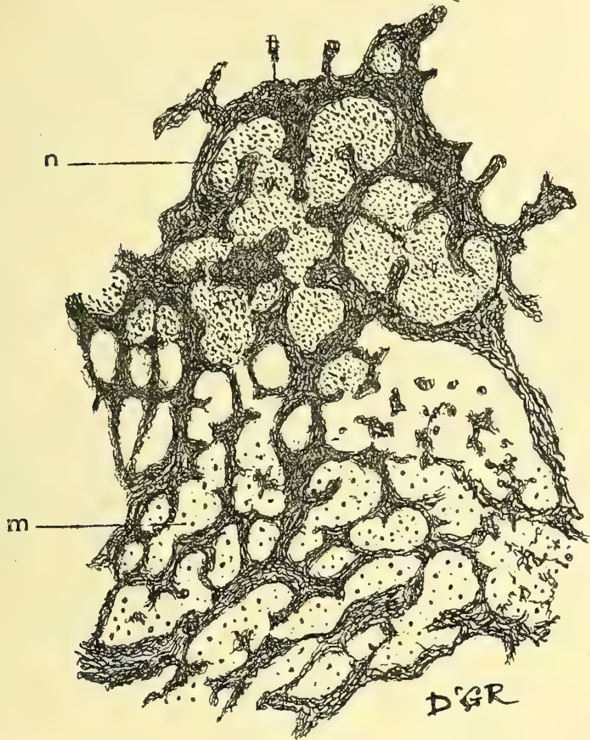


Fig. 113.—Coupe transversale du nerf optique à un centimètre du chiasma.

Dans la partie supérieure, nous avons représenté les éléments névrogliques d'après une préparation colorée par l'alun à l'hématoxyline. La partie inférieure montre les fibres à myéline restant d'après une préparation traitée par la méthode de Weigert pour la myéline ; *t*, travées conjonctives épaissies ; *n*, faisceaux nerveux complètement remplis de cellules de névroglie dont les noyaux sont représentés par des points ; *m*, faisceaux nerveux où nous avons figuré les fibres à myéline, elles sont on le voit extrêmement raréfiées : Gr. = 75 diamètres.

tiques par atrophie papillaire, devenus ultérieurement paralytiques généraux. L'influence d'arrêt exercée si souvent sur le processus tabétique par l'atrophie papillaire (Benedickt, Charcot, Déjerine) ne garantit donc pas les malades contre le processus paralytique.

Nerfs périphériques. — Le système nerveux périphérique est toujours malade dans la paralysie générale. Il est difficile de faire la part des nombreuses causes étiologiques, qui, chez le paralytique, aboutissent à créer les lésions de névrite périphérique, signalées par Remon-Lévis, Déjerine, Westphall, Bianchi, Pick, Klippel, Colella, etc. Le plus souvent l'alcoolisme, plus rarement la tuberculose, la syphilis, en général la cachexie paralytique, doivent être incriminés dans l'étiologie de ces lésions. Les névrites

sont craniennes et rachidiennes; cutanées et musculaires, ou sensorielles. Elles sont dues, ou à un processus d'atrophie parenchymateuse simple, ou à une sclérose interstitielle très marquée du névrilemme, avec altérations vasculaires concomitantes.

Il me semble qu'on peut invoquer avec vraisemblance le rôle étiologique, dans ces névrites, des *processus autotoxiques* créés, chez les paralytiques avancés, par l'*insuffisance hépato-rénale*, secondaire elle-même aux *lésions chroniques du foie et du rein,* constatées chez ces malades. Le rôle pathogène général de ces insuffisances viscérales, leur influence sur la cachexie paralytique, mériteraient une étude approfondie. Les recherches urologiques que j'ai instituées, avec Sébilleau, chez sept paralytiques, à la seconde période, n'ont pas mis en évidence l'insuffisance hépatique chez nos malades.

Grand sympathique. — La chaîne ganglionnaire sympathique est atteinte de lésions moins marquées : dilatation des sinus veineux intraganglionnaires, état granuleux exagéré des cellules (Klippel). Ces lésions, auxquelles Bonnet et Poincarré attribuaient un rôle prépondérant dans la pathogénie de la maladie, expliquent, d'après Klippel, les désordres vaso-moteurs et trophiques des viscères, des membres et de la périphérie tégumentaire. A. Marina[1], dans un travail de grand intérêt, a constaté des altérations atrophiques, proportionnelles, dans leur intensité à l'âge de la maladie, dans le *ganglion de Gasser* et le *ganglion cervical supérieur*, dans le tiers des cas de paralysie générale et de tabes. Ces lésions sont, au contraire, constantes dans le *ganglion ciliaire* où les cellules nerveuses et les nerfs ciliaires sont toujours altérés chez les malades qui ont présenté des troubles pupillaires.

Il serait intéressant de faire l'étude comparée des lésions du grand sympathique dans la paralysie générale et dans le tabes. Jean Roux[2] a montré que la lésion tabétique caractéristique du grand sympathique consiste dans la disparition d'environ la moitié des petites fibres à myéline, avec conservation à peu près complète des grosses fibres. Il subordonne cette lésion sympathique à la lésion médullaire, en se fondant sur l'origine médullaire des petites fibres. Laignel-Lavastine[3] a constaté l'existence de ces lésions dans les splanchniques (altération des petites fibres) de deux paralytiques généraux : mais ces deux malades étaient en même temps des tabétiques. Chez les autres, Laignel-Lavastine n'a pas retrouvé ces lésions. Le même auteur a constaté, chez les paralytiques, dans les ganglions semi-lunaires, un épaississement inflammatoire de la trame conjonctivo-vasculaire, avec intégrité des cellules nerveuses. Les capillaires y sont dilatés, et l'infiltration pigmentaire diffuse du ganglion témoigne de l'ectasie chronique des petits vaisseaux et des troubles circulatoires de l'organe.

[1] A. Marina. Étude sur la pathologie du ganglion ciliaire chez l'homme, particulièrement dans le tabes et la paralysie générale. Comparaison avec le ganglion sympathique cervical supérieur et le ganglion de Gasser. Importance du ganglion ciliaire chez l'homme. (*Ann. di Neurol. n° XIX*, 1901).

[2] Jean Roux. Les lésions du grand sympathique dans le tabes. *Thèse* Paris, 1900.

[3] Laignel-Lavastine. Recherches sur le plexus solaire. *Th.* Paris, 1903.

Viscères. — Klippel[1] distingue, à l'autopsie d'un paralytique général, quatre groupes de lésions viscérales.

a. Des lésions antérieures à l'éclosion de la paralysie générale (cirrhoses alcooliques, tuberculoses anciennes, etc.).

b. Des lésions liées à l'influence directe du système nerveux paralytique (congestions chroniques, ectasies capillaires, hémorragies viscérales, etc.)

c. Des lésions d'ordre marastique (congestions passives, stéatoses).

d. Des lésions dues aux infections secondaires (pneumococcie, streptococcie, colibacillose, etc.).

Seules, les lésions du second groupe sont constantes : celles du premier groupe sont essentiellement contingentes et variables ; celles des deux derniers groupes manquent chez les paralytiques qui meurent au début de l'évolution morbide.

Lésions pulmonaires. — L'*emphysème,* altération banale : et la *tuberculose,* sous forme de foyers anciens, fibreux (15 à 20 p. 100 des cas), et à laquelle Klippel [2] attribue un rôle pathogénique possible dans le développement de la paralysie générale, constituent les lésions le plus souvent antérieures au début de la démence paralytique. Les lésions vaso-paralytiques du poumon sont la *congestion,* à tous ses degrés et sous toutes ses formes, l'*œdème* et les foyers d'*hémorragies capillaires.* Les noyaux de *broncho-pneumonie*, simple ou hémorragique, sous forme pseudo-lobaire, la *tuberculose aiguë* ou subaiguë, d'origine relativement récente ; les *abcès,* d'origine escharotique ; la *gangrène*, circonscrite ou diffuse, sont des lésions d'infection secondaire, à la pathogénie desquelles préside la *congestion préexistante* du parenchyme pulmonaire.

Lésions cardiaques. — *Scléroses* d'origine infectieuse ou toxique, *myocardites dégénératives,* sont la signature anatomique, du côté du cœur, des influences morbifiques chroniques, qui ont pu jouer également leur rôle dans la production de la démence paralytique. On constate aussi dans le myocarde des *ectasies vasculaires* d'origine vaso-paralytique.

Lésions hépatiques. — L'existence d'une *hépatite chronique,* atrophique, ou hypertrophique, conjonctive ou graisseuse, d'origine infectieuse ou toxique ancienne, est une constatation banale, à l'autopsie des paralytiques. Mais la lésion la plus caractéristique est la présence de *dilatations vasculaires,* avec *hémorragies capillaires* en foyers, atrophie secondaire des trabécules en regard des *ectasies d'origine neuroparalytique* et dépôts pigmentaires diffus, d'origine hématique. Sur ces foies spéciaux, on observe des plaques de décoloration, jaune pâle, qui tranchent sur le fond du reste de l'organe, qui est rouge brunâtre : ces plaques sont dues à l'ischémie

[1] Klippel. Foie, rein, cœur, poumon vaso-paralytiques. *Arch. de méd. expériment.*, juillet 1892.

[2] Klippel. Tuberculose et paralysie générale. *Ann. de Psychiatrie*, 1891.

irrégulière de zones, à côté desquelles contrastent vivement les foyers congestifs et hémorragiques voisins. Ce *foie vaso-paralytique* a certaines analogies avec le foie cardiaque : il en diffère cependant par le caractère bigarré et partiel, irrégulier, de la distribution des îlots congestifs, par l'absence de dilatation passive des grosses veines, etc. — Le *pancréas* présente un ensemble analogue de lésions angiectasiques disséminées.

Lésions rénales. — *Scléroses* de tout âge et de toute origine ; *néphrites infectieuses* subaiguës, secondaires, sont des altérations fréquentes : les *abcès* du parenchyme, consécutifs à l'infection urinaire ascendante, se rencontrent parfois chez les paralytiques qui ont présenté de la cystite. Ici comme au niveau du foie, se constate l'ensemble des lésions vasculaires du *rein vaso-paralytique* (dilatation des capillaires, hémorragies diffuses).

Il ressort, de cette sommaire énumération des altérations viscérales observées chez les paralytiques, que la note anatomo-pathologique la plus spéciale est donnée par cette lésion, commune à presque tous les organes, et d'origine vaso-paralytique probable, qui se traduit par la dilatation des capillaires et l'hémorragie, par îlots diffus, consécutive à cette ectasie.

Je dois dire que, dans les cas qu'il m'a été donné d'examiner, mes observations concordent sensiblement avec celles de Klippel, et que j'ai constaté, sur les coupes du foie et du rein des paralytiques, l'existence d'îlots angiectasiques très nets (voir les figures de la planche V).

On comprend l'importance de ces lésions, surajoutées aux dégénérescences organiques anciennes, dans la genèse et la symptomatologie des insuffisances viscérales multiples qui caractérisent la cachexie paralytique.

Lésions associées.— Toutes les lésions observées dans les centres nerveux d'un paralytique général ne relèvent pas du processus paralytique. On peut constater, associées à ce processus, des lésions spécifiques, plus ou moins circonscrites, de *syphilis,* sous forme d'altérations scléro-gommeuses, de gommes (cas de Raymond), d'artérites cérébrales ou spinales, souvent symétriques, limitées ou étendues.

On observe souvent des lésions d'*athéromasie cérébrale,* prédominant au niveau du polygone de la base, et accompagnées de dégénérescence graisseuse, granuleuse, pigmentaire, diffuse des artérioles et des capillaires, d'anévrismes miliaires et d'atrophie simple des cellules nerveuses.

On note fréquemment les lésions de l'*alcoolisme chronique,* qu'il faut distinguer de celles de la paralysie générale, auxquelles elles s'associent étroitement; ce sont : la stéatose vasculaire et cellulaire de l'écorce, la pachyméningite, la prédominance des névrites périphériques, les altérations dégénératives diffuses des grands viscères (foie, estomac, etc.).

La *tuberculose chronique* peut aussi engendrer, au niveau de l'encéphale, des processus dégénératifs analogues, ainsi que toutes les grandes infections et intoxications chroniques et cachectisantes.

Parmi les lésions encéphaliques associées au processus de la paralysie

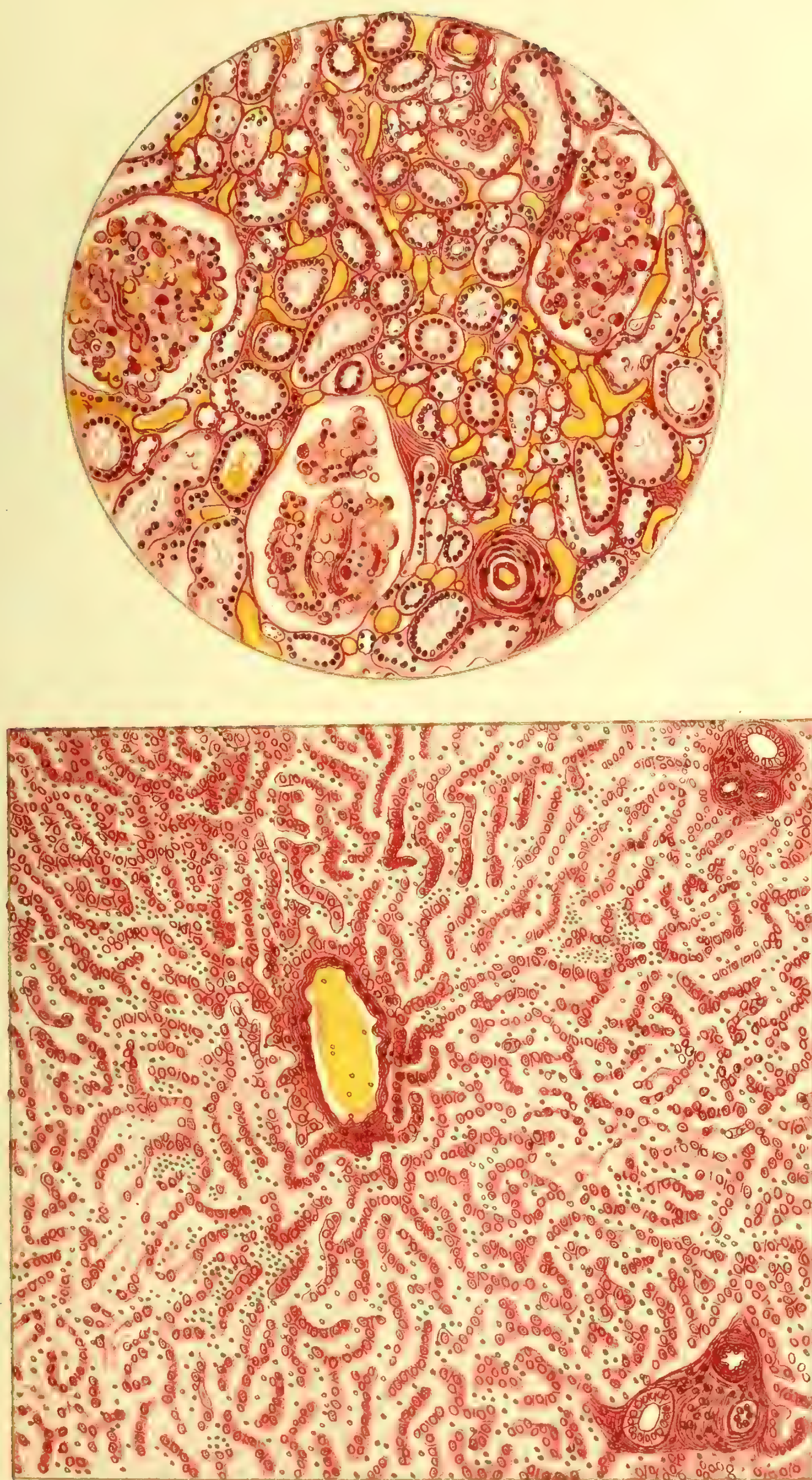
LÉGENDE EXPLICATIVE DE LA PLANCHE V

I ET II. — REIN ET FOIE DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE (ANGIECTASIES CAPILLAIRES) (Lésions vasoparalytiques de Klippel).

La figure I montre, dans le rein, la dilatation considérable et inégale des capillaires, entre les tubes et les glomérules, et de légères lésions de sclérose vasculaire.

La figure II montre, dans le foie, la dilatation considérable des capillaires, l'atrophie secondaire des trabécules, ou du moins leur tassement et leur réduction de volume ; des dépôts pigmentaires, d'origine sanguine.

Ces deux coupes sont colorées au Van Gieson (hématoxyline, fuchsine acide et acide picrique). Grossissement : Obj. DD. Ocul. 4. Zeiss.



REIN ET FOIE DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE
(ANGIECTASIES CAPILLAIRES.)
(Collection du Dr Dupré.)

générale, il faut citer la *suppuration méningée;* les lésions de méningite aiguë, récente, se surajoutent aux lésions de méningite chronique ancienne. Laignel-Lavastine et Mermier[1] en ont cité trois exemples intéressants, à l'occasion desquels ils ont montré la rareté relative de cette complication, dont Calmeil a le premier relaté d'intéressants exemples. Ce sont des faits d'infections pyogènes aiguës, greffées secondairement sur le processus en général aseptique de la périméningo-encéphalite chronique. Chez les trois paralytiques du service de Vigouroux, observés par Laignel-Lavastine et Mermier, deux fois il s'agissait d'une *suppuration staphylococcique* de la convexité, localisation pyémique d'une infection issue d'un anthrax dorsal ; et une fois de la *suppuration pneumococcique* d'un hématome sub-dural ; l'infection avait alors son point de départ dans une eschare sacrée. Ces greffes infectieuses secondaires apportent à l'évolution anatomo-clinique de la maladie, des modifications importantes de signification grave, sur lesquelles a insisté Klippel.

Toutes ces associations anatomo-pathologiques présentent un haut intérêt diagnostique et pathogénique. Klippel, qui leur a consacré de nombreux mémoires, a fondé sur elles la doctrine des *paralysies générales progressives*. C'est également sur la distinction de l'*encéphalopathie paralytique* et de ces *encéphalopathies toxiques ou infectieuses,* multiples et surajoutées, que Raymond et Sérieux, avec Philippe[1], établissent leur division de l'étude anatomo-pathologique de la maladie en deux chapitres, consacrés l'un à la revue des lésions de la *paralysie générale pure* et l'autre à celle des lésions des *paralysies générales associées.*

Schüle avait, il y a déjà longtemps, consacré une partie de son chapitre des « Paralysies modifiées » à l'étude de ces associations anatomo-pathologiques.

L'*évolution générale du processus anatomique,* qui est subaiguë, procède lentement, ainsi que nous l'avons exposé, de la périphérie au centre de l'encéphale. D'abord inflammatoires et caractérisées par la périvascularite avec diapédèse, la prolifération névroglique et la leptoméningite, les lésions tendent, par la suite, à devenir dégénératives du côté des cellules et fibres nerveuses, et scléreuses, adhésives et atrophiques, du côté des éléments méningo-vasculaires. Lorsqu'elles sont aiguës, au début, les altérations diffuses, parenchymateuses et conjonctives, de la paralysie générale, ne diffèrent pas sensiblement de celles des encéphalopathies toxi-infectieuses aiguës[2]. C'est seulement à la suite d'une longue évolution que le processus anatomo-pathologique général se spécifie par les grosses altérations macroscopiques qu'on relève à l'autopsie : atrophie du cerveau, épaississement, infiltration gélatiniforme des méninges, adhérences, etc.

[1] Laignel-Lavastine et Mermier. *Soc. anatomique.* Mermier. *Th.* Paris, 1902.

[2] Kozowsky (Odessa). Zur Frage von den anatomischen Veränderungen des Gehirns im Anfangstadium der p. P. *Arch. f. Psychiatrie*, 1900.

ÉTIOLOGIE

La paralysie générale est une affection *fréquente* et qui semble encore en voie d'augmentation de fréquence. On l'observe dans tous les pays, mais surtout dans l'Europe centrale et occidentale, dans l'Amérique du Nord; un peu moins souvent dans le Nord et le Sud de l'Europe; beaucoup plus fréquemment dans les villes, les grandes agglomérations, que dans les campagnes. Toutes les races y sont sujettes, pourvu qu'elles s'exposent aux conditions pathogéniques de la maladie; de telle sorte que les conditions de *milieu*, loin de tenir au climat, à la race, ou à l'habitat, se réduisent aux *conditions sociales* qui favorisent l'action sur l'individu des causes de la maladie. Jeanselme a observé en Chine et en Indo-Chine la fréquence extrême de la syphilis, sous ses formes cutanées et osseuses mutilantes, et l'absence du tabes et de la paralysie générale dans la race jaune de ces contrées. Scherb [1] (d'Alger) a constaté l'extrême rareté de la syphilis cérébro-spinale et l'absence complète de la paralysie générale et du tabes chez les Arabes, malgré l'extrême fréquence chez eux de la syphilis; le même contraste a déjà été signalé chez les Abyssins. Au contraire, la parasyphilis cérébro-spinale est d'observation courante, sous le même climat, chez les israélites. D'accord avec presque tous les auteurs, Scherb explique ces différences de réaction du système nerveux à l'infection syphilitique, par l'absence chez les Arabes du fonds névropathique nécessaire au développement de la paralysie générale et il prédit l'apparition prochaine de cette affection en Algérie, lorsque l'alcoolisme et la civilisation auront fait quelques progrès parmi les indigènes. De récents travaux ont d'ailleurs mis en lumière la fréquence croissante de la paralysie générale chez les Arabes du Caire, c'est-à-dire au contact des facteurs essentiels de la maladie : syphilisation et civilisation. Les enseignements de la pathologie générale n'autorisent pas à refuser à la race toute influence dans le déterminisme étiologique de la maladie; seulement ce rôle de l'élément ethnique est insuffisamment précisé.

Les statistiques de tous les aliénistes s'accordent pour constater une proportion beaucoup plus forte de paralytiques, sur la population totale des aliénés, dans les *asiles urbains* que dans les *asiles ruraux* : cette proportion qui dans certains asiles provinciaux n'est que 1 à 2 pour 100 (Camuzet) atteint dans les asiles des grandes villes, jusqu'à 35 pour 100.

L'*âge* auquel apparaît la maladie varie, en général, entre trente-cinq et quarante-cinq ans. Il ressort de tous les tableaux statistiques (Magnan, Christian et Ritti, etc.) que la paralysie générale est rare avant vingt-cinq et après cinquante-cinq ans. Mais si la maladie est tout à fait exceptionnelle après soixante ans, elle est, dans l'adolescence et l'enfance, moins rare que le pensaient les anciens auteurs. J'ai indiqué, en étudiant la *paralysie générale juvénile* et *infantile*, la riche série des cas publiés par les auteurs; et, depuis

[1] Scherb (d'Alger). De la rareté des accidents nerveux chez les Arabes syphilitiques. *Soc. de Neurologie*, 6 juin 1901.

les premières observations de Régis (1883) le nombre en augmente tous les jours. Pour préciser la chronologie de l'apparition de la maladie, on peut, avec Mingazzini et Régis, admettre une paralysie générale *infantile* jusqu'à l'âge de douze ans, une paralysie *juvénile,* de douze à vingt ans, et une paralysie *précoce*, de vingt à trente ans.

Le *sexe* masculin est beaucoup plus souvent frappé que le féminin. La proportion $\frac{F}{H}$ varie suivant les milieux considérés ; dans les villes, les milieux ouvriers, les asiles publics, elle est bien plus élevée que dans les campagnes, les classes riches et les asiles privés ; la première série accuse environ 1 femme contre 2 ou 3 hommes ; la seconde donne 1 femme contre 10 à 15 hommes (Régis, Sérieux, Siemerling, etc.).

Aussi, constatant la plus grande fréquence de la maladie chez la femme des classes inférieures, et chez l'homme des classes supérieures, Greidenberg[1] (de Symferopol) qualifie la paralysie générale de maladie *aristocratique* chez l'homme, et de maladie *démocratique* chez la femme. Le même auteur insiste sur la durée plus longue de l'affection chez la femme.

Les *professions*, l'*état social* ont une influence statistique considérable sur l'éclosion de la paralysie générale. La maladie est rare chez les religieux, en général (Mac-Dowal, Bouchaud, Caboureau, Krafft-Ebing) et fréquente chez les officiers, où elle fournit, d'après Sommer, la moitié, et d'après Colin, les trois quarts des formes d'aliénation mentale. Les voyageurs de commerce (Binswanger), les cuisiniers, marchands de vin, chauffeurs; les filles publiques fourniraient à la maladie un contingent plus élevé. On a dit aussi que les *célibataires* étaient relativement plus souvent frappés que les hommes mariés. Une partie de cette différence tient peut-être à ce fait que beaucoup de syphilitiques à cause de leur syphilis ne se marient pas, et deviennent paralytiques du fait de leur syphilis ancienne et non à cause du célibat.

L'*hérédité* joue dans l'apparition de la maladie un rôle sur lequel on a fort discuté. Pour beaucoup d'auteurs (Magnan, Mendel, Régis) l'*hérédité psychonévropathique* ne joue, dans la genèse de la paralysie générale, qu'un rôle accessoire, et très inférieur à celui qu'elle a dans l'éclosion des psychoses. La paralysie générale, qui n'aime pas le terrain névropathique (Régis) est la plus individuelle des maladies cérébrales (Magnan). L'*hérédité arthritique,* ou congestive aurait pour beaucoup d'aliénistes (Régis, Doutrebente, Charpentier, etc.), une influence bien plus nocive : la conception du neuro-arthritisme de Charcot offre de quoi concilier les deux opinions. D'autres auteurs, le professeur Joffroy surtout, incriminent l'hérédité nerveuse, et rangent la paralysie générale dans la grande famille névropathique (Féré); Joffroy et ses élèves insistent sur la fréquence des stigmates anatomiques et psychiques de la *dégénérescence mentale* dans la famille et sur les personnes des paralytiques

[1] B. Greidenberg (de Symferopol, Crimée). Ueber die allgemeine progressive Paralyse der Irren bei Frauen. *Congrès de Moscou*, 1897.

généraux (Rogues de Fursac[1]), sur les antécédents psychopathiques et névropathiques des malades, dont plusieurs sont incontestablement des dégénérés, avant de devenir paralytiques (Joffroy)[2]. Magnan insiste, au contraire, sur la rareté de la paralysie générale chez les dégénérés.

Les statistiques de Nacke[3] et de R. de Fursac ont, en l'espèce, une grande

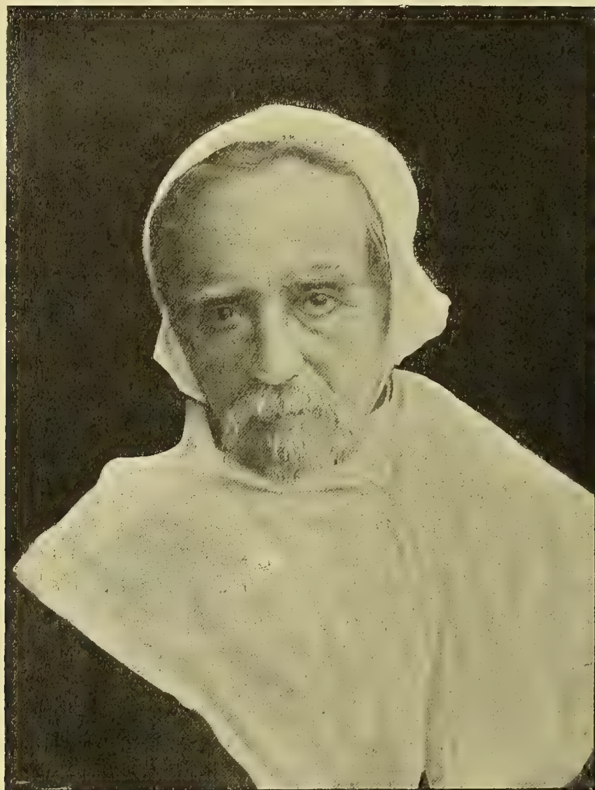


Fig. 144. — Paralysie générale alcoolique (collection Dupré). Démence avancée, avec gâtisme. Malade de 56 ans. Barbe et moustaches très fournies : aspect masculin du visage.

valeur démonstrative. Nacke constate deux fois plus de stigmates somatiques de dégénérescence chez les paralytiques que chez les sujets normaux, et 45 p. 100 d'antécédents héréditaires, au lieu de 25 p. 100, chez les individus non aliénés. R. de Fursac, d'après une statistique globale de 150 sujets

[1] R. de Fursac. Des stigmates physiques de dégénérescence chez les paralytiques généraux. *Thèse de Paris*, 1899. — *Manuel de Psychiatrie*, 1903.

[2] Joffroy. *Congrès d'Angers et Congrès de Paris* (1900), *loc. cit.*

[3] Nacke. Die sogenannten ausseren Degenerationszeichen bei der p. P. der Männer. *Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie*, février 1899.

(50 paralytiques, 50 aliénés, 50 personnes saines), conclut à la rareté relative des stigmates dégénératifs chez les individus sains ; à la fréquence à peu près égale de ces stigmates chez les paralytiques et chez les vésaniques ; à la grande influence de la prédisposition héréditaire sur le développement de la paralysie générale. J'ai fait une constatation[1] qui doit être consignée ici : c'est l'*extrême fréquence de la barbe et des moustaches* chez les aliénées ; et, parmi celles-ci, les paralytiques générales occupent, immédiatement après les démentes séniles, le second rang dans l'échelle de fréquence de la barbe. Je l'ai constatée dans plus de la moitié des cas de paralysie générale chez la femme (56, 6 p. 100). (Voir la figure 144).

Par l'étude statistique des antécédents héréditaires (hérédité vésanique, névropathique, alcoolique, congestive), Mariani[2] aboutit aux mêmes conclusions générales.

D'autres auteurs, Orchanski[3], Pilcz[4], Tschisch[5], soutiennent la thèse contraire, suivant laquelle les névropathes héréditaires seraient relativement à l'abri de la syphilis cérébrale et de la paralysie générale ; et Régis pense que l'hystérie préexistante exerce sur la paralysie générale une action d'arrêt.

L'hérédité similaire est absolument exceptionnelle.

Ameline[6] l'a notée une seule fois sur 34 observations, et jointe à d'autres facteurs (alcoolisme, vésanies). Vallon et Wahl[7] concluent de l'étude de la famille de 166 paralytiques généraux que l'ascendance, la collatéralité et la descendance de ces malades sont très riches en tares vésaniques et névropathiques de tout genre (aliénation mentale, arrêts de développement psychique, suicide, névroses, alcoolisme, surdi-mutité, etc.). Arnauld[8], dans son étude sur *la descendance des paralytiques généraux*, avait abouti aux mêmes conclusions ; et Régis[9], au Congrès de Paris, soutenant que la descendance de ces malades est surtout entachée de syphilis, a émis l'opinion que par la fréquence de l'avortement, de la mortinatalité et de la multiléthalité infantiles, la famille des paralytiques généraux s'épure et subit ainsi une sorte de sélection qui en élimine les plus mauvais éléments. Je crois, pour ma part, que la syphilis seule ne suffit pas à épurer les familles contaminées ; tandis que si elle agit concurremment avec d'autres tares, toxiques ou névropathiques, comme c'est la règle dans la paralysie générale, la sélection naturelle dont parle Régis s'exerce manifestement dans la descendance des para-

[1] E. Dupré et Duflos. La barbe chez les aliénées. *Congrès de Limoges*, 1901.

[2] Mariani. Contribution à l'étude de l'hérédité chez les paralytiques généraux. Th. Paris, 1899.

[3] Orchansky (Kharkow). De l'antagonisme entre l'hérédité névropathique et les lésions du système nerveux chez les syphilitiques. *Congrès de Moscou*, 1897.

[4] Pilcz. Ueber Beziehungen zwischen Paralyse und Degeneration. *Monatsch., f. Psychiatrie und. Neurologie*, 1899.

[5] V. Tschisch. La vraie cause de la paralysie progressive. *Congrès de Paris*, 1900.

[6] Ameline. *Annales méd. psychol.*, 1900.

[7] Vallon et Wahl. La famille des paralytiques généraux. *Congrès de Paris*, 1900.

[8] Arnauld. La descendance des paralytiques généraux. *Soc. méd. psych.*, 1899.

[9] Régis. *Congrès de Paris*, 1900.

lytiques. Béchet[1] aboutit à peu près aux mêmes conclusions, et retrouve dans la famille des paralytiques les marques de l'hérédité congestive (Doutrebente, Ball, etc.), de l'hérédité vésanique (Joffroy) et de l'hérédité toxique, alcoolique.

Le *traumatisme cranien* a une influence étiologique minime, mais réelle (Vallon, Siemerling, Lici). D'après Vallon[2], la maladie succède au traumatisme soit relativement tôt, soit très tardivement. Les notions que nous possédons sur l'influence pathogène des traumatismes craniens sur le développement des pachyméningites autorisent à soupçonner à certaines paralysies générales une origine du même ordre. On trouvera, dans les anciens auteurs, des observations qui paraissent prouver l'étiologie traumatique de la maladie. Lasègue est très affirmatif à cet égard, et Vallon, d'accord avec lui et son maître Ball, donne dans sa thèse vingt observations inédites de cette étiologie. A cette époque d'ailleurs, la syphilis n'était pas recherchée, dans les antécédents des paralytiques, avec la même rigueur qu'aujourd'hui. D'observations inédites, concernant notamment trois officiers ayant fait des chutes de cheval, et d'ailleurs anciens syphilitiques, il me semble probable que *la réunion de ces deux facteurs, syphilis et traumatisme cranien,* réalise un cumul étiologique éminemment favorable à l'éclosion de la paralysie générale.

L'*insolation*, dont le rôle étiologique est plus discutable, rentre dans la même catégorie. Certains arguments cliniques, bien développés par Régis[3], tendraient à faire assimiler l'action de l'insolation à une action toxique.

J'aborde maintenant un ordre de conditions étiologiques beaucoup plus important; celui des *infections* et des *intoxications*.

Alcoolisme. — L'immense majorité des auteurs accorde à l'alcoolisme une influence directement pathogène dans le développement de la paralysie générale ; et, pour beaucoup d'aliénistes, l'alcool seul suffirait pour engendrer la maladie. Pour d'autres, l'alcool ne fait que mettre en jeu la prédisposition vésanique ou arthritique (Rousset). Régis dénie, d'après ses relevés statistiques, toute influence pathogène à l'alcoolisme, dans l'étiologie de l'affection.

Ce sont surtout les travaux cliniques et statistiques de Magnan et de P. Garnier qui ont mis en lumière les relations étiologiques de l'alcoolisme et de la paralysie générale, à Paris. L'augmentation parallèle des deux affections, l'acheminement progressif, à travers une série d'accidents intermédiaires, dits de transition, à la paralysie générale confirmée, de l'alcoolique invétéré, client intermittent de l'asile, qui, après y avoir passé souvent comme intoxiqué, finit par y rester comme paralytique général incurable ; les caractères particuliers de cette paralysie générale alcoolique, avec ses nuances

[1] Béchet. Conditions biologiques des familles des paralytiques généraux (*Arch. de Neurologie*, février 1900).

[2] Vallon. La paralysie générale et le traumatisme dans leurs rapports réciproques. Th. Paris, 1882.

[3] Régis. Insolation et psychoses. *Revue Neurologique*, septembre 1901. *Congrès de Limoges*, 1901.

cliniques (hallucinations, caractère rémittent, ictus, etc.) et ses associations anatomiques (dégénérescences vasculaires, stéatoses, etc.); tout cet ensemble de faits tend à démontrer le rôle étiologique de l'intoxication alcoolique dans la paralysie générale.

Il faut éliminer de ce cadre les excès alcooliques commis, dans la période prodromique, par les paralytiques au début; ces malades étaient d'ailleurs sobres jusque-là, et ne se sont mis à boire que sous l'influence de la maladie. La même remarque s'applique, au point de vue étiologique, aux *excès vénériens* de la période prodromique.

Saturnisme. — L'intoxication par le plomb doit également figurer dans l'étiologie de la paralysie générale. A côté de l'encéphalopathie saturnine non paralytique, comme à côté de l'encéphalopathie alcoolique non paralytique, doit prendre place, ainsi que la clinique le démontre, la paralysie générale saturnine; en pareil cas, d'ailleurs, l'étiologie est toujours multiple, et, par conséquent, complexe (intoxication alcoolique, plombique, urémique, hépatique, etc.).

Comme les alcooliques, les saturnins peuvent s'acheminer, par étapes successives, des accidents curables et régressifs du syndrome dit « pseudo-paralysie générale saturnine » au syndrome incurable et progressif de la vraie paralysie générale saturnine. Ce ne sont pas là, comme l'a fort bien spécifié Vallon, deux entités morbides distinctes, mais bien deux phases évolutives d'un même processus.

Pellagre. — En dehors des troubles mentaux habituellement provoqués par cette intoxication, on a observé la paralysie générale d'origine pellagreuse, notamment chez les paysans lombards (Baillarger).

Auto-intoxications et intoxications diverses. — Il faut comprendre, dans cette catégorie étiologique, les influences, d'ordre autotoxique, que peuvent exercer sur les cerveaux prédisposés, les troubles profonds et chroniques de la nutrition qui caractérisent la goutte, le diabète, l'arthritisme, la suralimentation habituelle des gros mangeurs. Charpentier[1] a mis en lumière cet ordre de facteurs dans l'étiologie de la paralysie générale. Lemoine et Pierret insistent sur le rôle de l'arthritisme, Charpentier[2], Landenheimer[3] et Vladimir de Holstein[4] sur celui du diabète sucré. On peut ranger dans la même catégorie les facteurs : surmenage, fatigues morales, chagrins, émotions pénibles, etc. Ces moments étiologiques agiraient par auto-intoxication de la cellule cérébrale. Il faut convenir que si certaines observations semblent plaider en faveur de ces hypothèses étiologiques, notamment pour l'arthritisme et peut-être pour le diabète, ces faits assez rares concernent, pour la plupart, des cas dont

[1] Charpentier. Les intoxications et la paralysie générale. Paris, 1890.

[2] Charpentier. *Ann. méd. psych.*, 1888.

[3] Landenheimer. Paralytische Geistesstörung in Folge von Zuckerkrankheit (Diabetische Pseudo-paralyse) (*Arch. f. Psych.*, XXIX, 2, p. 546).

[4] V. de Holstein. La paralysie générale d'origine diabétique (*Sem. méd.*, 1899).

le déterminisme pathogénique ne nous apparaît pas clairement, mais semble lié à ces divers états pathologiques.

Certaines hétéro-intoxications peuvent provoquer le syndrome paralytique, notamment l'empoisonnement par l'huile d'aniline[1], les bromures alcalins, l'oxyde et le sulfure de carbone, etc.

Infections. — Le rôle étiologique des maladies infectieuses dans la paralysie générale, ne fait plus aujourd'hui de doute pour personne. P. Marie, qui a établi le rôle pathogénique de l'infection pour les encéphalomyélopathies chroniques, telles que la sclérose en plaques, la paralysie infantile, l'épilepsie, etc., admet l'origine infectieuse de la paralysie générale. Les infections pathogènes incriminées sont le paludisme (Obersteiner, Krœpelin, Marandon de Montyel[2]) la grippe (Régis), le rhumatisme (Pierret, Contesse), la fièvre typhoïde (Christian), l'érysipèle (Baillarger), la variole, etc. Mais l'infection dont les rapports étiologiques avec la paralysie générale sont de beaucoup les plus étroits et les plus intéressants est la syphilis.

Syphilis. — Je crois inutile d'exposer ici le détail historique, critique et statistique de l'évolution des idées qui s'est accomplie depuis vingt-cinq ans à cet égard, depuis la publication du beau livre de Fournier, sur la *Syphilis du cerveau* (1879)[3]. Cet exposé sera mieux à sa place ailleurs[4]. Je me bornerai ici à formuler les conclusions, actuellement adoptées par l'immense majorité des aliénistes et des syphiligraphes, sur la grande question des rapports de la syphilis et de la paralysie générale.

Je rangerai les arguments, très résumés, par ordre d'importance croissante, en commençant par ceux qui donnent comme probable le rôle étiologique prépondérant de la syphilis, et en terminant par ceux qui le rendent presque certain.

La paralysie générale est fréquente chez l'homme, souvent syphilitique, et rare chez la femme, moins souvent syphilitique. Cette disproportion s'atténue dans les milieux où les deux sexes tendent à s'égaliser devant l'infection syphilitique.

La paralysie générale est rare dans les milieux où la syphilis est relativement moins fréquente (campagnes), femmes des classes riches ; religieux ; (enfants et adolescents).

La paralysie générale compte, dans ses antécédents, au moins 8 fois sur 10, la syphilis.

La paralysie générale compte 10 fois plus souvent la syphilis dans ses antécédents que toute autre forme d'aliénation mentale.

La paralysie générale est souvent conjugale ; les deux conjoints, sous

[1] Spillman et Étienne. Pseudo-paralysie générale consécutive à une intoxication par vapeurs d'huile d'aniline (*Rev. méd. de l'Est*, 1896).

[2] M. de Montyel. Malaria et Paralysie générale. *Revue de médecine*, 1900.

[3] Consulter l'Article *Psychopathies syphilitiques*.

[4] La seule bibliographie de la question demanderait plusieurs pages de petit texte.

l'influence d'une syphilis commune, deviennent tous deux paralytiques, ou l'un des deux paralytique, et l'autre tabétique.

La paralysie générale infantile et juvénile, qui semble déroger à la loi de l'âge, plus haut formulée, s'y conforme au contraire pleinement, parce qu'elle est presque toujours consécutive à une syphilis héréditaire ou infantile précoce.

La paralysie générale et la syphilis cérébrale associent assez souvent leurs lésions sur les mêmes malades.

La paralysie générale se développe chez des sujets réfractaires à l'inoculation expérimentale de la syphilis. Cette immunité ne peut s'expliquer que par une syphilisation antérieure.

Krafft-Ebing, au Congrès de Moscou (1897) a annoncé que huit sujets paralytiques généraux, chez lesquels aucun antécédent de syphilis n'avait pu être relevé, avaient reçu chacun une vingtaine d'inoculations de syphilis virulente sous la peau ; ces produits infectants furent prélevés sur deux syphilitiques porteurs d'un chancre induré et de syphilides muqueuses. Les sujets inoculés, observés pendant six mois consécutifs, ne présentèrent aucun accident. Or, l'on sait combien le résultat de nombreuses expériences analogues, volontaires et involontaires, s'est montré positif. Ces inoculations pratiquées à Vienne, par un auteur anonyme, posséderaient, pour Krafft-Ebing, une haute valeur démonstrative. Je tiens à faire remarquer ici la justesse des critiques émises par le professeur Joffroy à propos de ces expériences rapportées par V. Krafft-Ebing, dans lesquelles, faute d'inoculation à des témoins non syphilitiques, du virus inoculé aux paralytiques, la preuve n'a pas été scientifiquement faite de la virulence spécifique de la substance employée : cette inoculation de contrôle étant moralement impossible, l'expérience de l'anonyme de Vienne ne prouve rien.

Il est difficile, en présence d'un tel faisceau d'arguments d'ordre statistique, anatomique, clinique et expérimental, de ne pas reconnaître l'*influence étiologique hautement prépondérante de la syphilis,* dans le développement de la paralysie générale.

Certains auteurs pensent que la *maladie ne se développe que sur le terrain syphilitique,* et mettent sur le compte d'une *syphilis ignorée* les paralysies générales, dans l'anamnèse desquelles on ne peut retrouver l'infection spécifique. Cette opinion est vraisemblable : on sait, en effet, la fréquence des syphilis méconnues, latentes, et la difficulté de retrouver dans les antécédents des malades, surtout des paralytiques généraux, une maladie ancienne, bénigne, et qui souvent ne s'est traduite que par des accidents insignifiants.

Le professeur Fournier [1] cite à ce sujet un fait qui éclaire beaucoup la question. Il s'est donné la tâche de rechercher, dans ses collections d'observations de ville et d'hôpital, dans quelles proportions l'enquête anamnestique arrivait à établir la réalité de la syphilis antérieure pour un accident indubitablement syphilitique, tel, par exemple, que la gomme du voile du palais. Or, dans environ 15 p. 100 des cas de gomme palatine, il lui a été impos-

[1] A. Fournier. Communication orale.

sible de retrouver la trace, anamnestique ou objective, de la syphilis causale. La syphilis était, en dépit de sa réalité chez ces malades, latente et ignorée. En appliquant cette méthode de raisonnement et d'expérience au problème de l'étiologie syphilitique de la paralysie générale, on aperçoit aussitôt combien les données de l'enquête sont dans les deux cas superposables. Dans les deux cas, la syphilis est ou certaine (gomme du voile du palais) ou très probable (paralysie générale) : dans les deux cas, 15 sur 100 environ, elle échappe à toute enquête.

Il ressort donc avec évidence de ces faits et de ces considérations que la syphilis joue un rôle considérable dans l'éclosion de la paralysie générale. Mais, si l'on rapproche l'extrême diffusion de la syphilis de la rareté relative de la paralysie générale, on se convainc rapidement que *si la syphitis semble la cause presque nécessaire de la paralysie générale, elle n'en est pas la cause suffisante.* L'intervention d'autres facteurs est nécessaire, notamment l'hérédité neuroarthritique, l'alcoolisme, le surmenage et probablement encore la collaboration prolongée d'autres éléments pathogéniques d'ordre toxique.

E. Coulon[1] a bien exposé l'étendue et la complexité du problème étiologique de l'affection et Krafft-Ebing résume en deux mots ce faisceau étiologique de la paralysie générale : *Syphilisation et Civilisation.*

Il faut maintenant préciser dans *quelles conditions agit la syphilis* dans l'étiologie de la paralysie générale.

Il semble établi, par les observations les plus nombreuses et les plus probantes, que la paralysie générale ne frappe que les syphilitiques dont l'*infection est ancienne* et s'est montrée *pauvre en accidents et bénigne* dans ses manifestations. L'ensemble des statistiques établit, par le rapprochement des dates de la contamination chancreuse et de l'internement des paralytiques ou du début des accidents cérébraux, lequel remonte en général à deux ou trois ans avant l'internement, que la syphilis date déjà de dix, douze, ou quinze ans, lorsqu'apparaissent les premiers indices de la méningo-encéphalite paralylique. C'est donc en moyenne *douze ans après le chancre* que se montre la paralysie générale. D'après quelques auteurs[2] cette incubation préparalytique tendrait à devenir plus courte ; ce point semble douteux : et l'immense majorité des statistiques concordent sur ce laps de *dix à quinze ans d'incubation.*

De plus, dans toute cette période préparalytique, la syphilis s'est révélée par un minimum d'accidents : chancre petit, insignifiant, souvent inaperçu des sujets; roséole discrète et légère, syphilides muqueuses rares et superficielles, et c'est tout. L'évolution syphilitique, même sans traitement suffisant, a été remarquablement bénigne.

[1] E. Coulon. *Thèse de Paris*, 1896. Mémoire pour le prix Aubanel, à la *Soc. méd. de psychol.*. 1900. Nature et pathogénie de la paralysie générale. *Revue de psychiâtrie*, octobre 1902.

[2] G. Ballet, Brissaud, Fournier. *Congrès de Limoges*, 1901.

Surigny. Un cas de paralysie générale pendant une syphilis secondaire. *Ann. méd. psych.*, déc. 1900.

Une troisième condition étiologique des syphilis qui président à l'éclosion de la paralysie générale, semble résider dans l'*insuffisance du traitement spécifique:* et l'on voit que ce sont précisément les syphilis légères qui sont méconnues et insuffisamment traitées.

On ne peut pas ne pas rapprocher ces constatations d'étiologie syphilitique de la paralysie générale, de celles du tabes : il y a un *ensemble de conditions similaires, qui préparent le terrain à l'éclosion des deux maladies.*

L'*hérédo-syphilis,* la *syphilis du premier âge,* acquise par le nourrisson, la *syphilis vaccinale,* prédisposent également aux deux affections qui, en pareil cas, se montrent à une *époque précoce*, dans l'enfance ou l'adolescence. La paralysie générale infantile et juvénile satisfait alors, par la date de son apparition, à la loi générale de la durée d'incubation de l'infection : seulement l'incubation préparalytique s'effectue en pareil cas pendant l'enfance et la méningo-encéphalite se développe entre dix et vingt ans.

La *conclusion générale* qui se dégage de cette étude est que, de tous les éléments étiologiques que l'expérience nous permet de relever dans les antécédents des paralytiques généraux, c'est la *syphilis* qui est l'élément prépondérant : c'est cette infection qui domine de beaucoup toutes les autres conditions favorables à l'apparition de la paralysie générale. Mais cette cause n'est pas la seule : l'*alcoolisme,* le *surmenage* et certains autres facteurs accessoires d'origine infectieuse ou toxique, figurent également au dossier étiologique de la démence paralytique. Enfin, la notion de l'*hérédité nerveuse et arthritique* et de l'*hérédité toxique* (hérédo-alcoolisme) domine, ainsi que l'enseignent Charcot et Joffroy, cet ensemble inégal de conditions étiologiques.

PATHOGÉNIE. — NATURE

Des problèmes si complexes que soulève l'étude de la paralysie générale, le problème pathogénique est le plus obscur. On peut sans prétendre le résoudre, essayer au moins de le poser dans des termes rationnels, avec les éléments que nous fournit l'étude étiologique et anatomique de la maladie.

En partant des éléments étiologiques, on doit tout d'abord se demander si la paralysie générale est une affection de nature syphilitique. Rien n'autorise à l'affirmer. Quand bien même il serait prouvé, que la paralysie générale n'apparaît que chez les syphilitiques, on ne serait pas encore en droit de reconnaître aux lésions paralytiques, le caractère spécifique des lésions syphilitiques. Lorsque d'ailleurs celles-ci coexistent avec celles-là sur les mêmes cerveaux, la distinction anatomique est possible; la clinique seule suffit parfois à l'établir, et, en certains cas (Joffroy, Raymond, etc.) la thérapeutique l'a sanctionnée par ses résultats.

La paralysie générale est-elle une *affection parasyphilitique?* L'heureux vocable de *parasyphilis* a été introduit en médecine par le professeur Fournier[1],

[1] A. Fournier. Les affections parasyphilitiques, Paris, 1894.

pour désigner les affections qui, syphilitiques par leur origine, ne le sont ni par leurs lésions ni par leurs réactions thérapeutiques. La paralysie générale est le type de ce groupe d'affections. Fournier, Strümpell, Westphall, Möbius, Raymond, etc., supposent que les lésions spécifiques de la syphilis relèvent directement de l'agent causal de la syphilis, et que les lésions des maladies parasyphilitiques relèvent indirectement de l'action lente et prolongée des toxines de cet agent pathogène; ainsi s'expliqueraient les différences de caractère, d'échéance, d'évolution, etc., de lésions anatomiques de commune origine.

La question doit être nettement posée : il est certain que huit fois sur dix, la paralysie générale est, comme le tabes, parasyphilitique, en ce sens que la syphilis, au moins huit fois sur dix, préside, dans les conditions que j'ai indiquées, aux origines des deux affections.

Nous n'en pouvons pas actuellement dire davantage : car aucun argument péremptoire, en dehors des enseignements de l'étiologie, ne nous permet de rattacher la paralysie générale à la syphilis. De plus, il ne semble pas, en dépit des progrès continus de la doctrine de l'étiologie syphilitique de la paralysie générale, qu'on puisse actuellement affirmer que la syphilis figure *toujours* dans les antécédents des paralytiques. Il paraît, au contraire, d'après quelques observations bien prises, que certains cas de démence paralytique pourraient être considérés comme absolument indemnes d'imprégnation syphilitique antérieure. On a même cité des cas de paralytiques généraux qui auraient, lors de l'excitation génésique de la période prodromique, contracté la syphilis. Je n'ai d'ailleurs pas trouvé d'observation de chancre induré contracté par un paralytique général.

Enfin, il semble probable que l'alcoolisme peut, sans la syphilis, créer sur un terrain prédisposé, la paralysie générale.

Les partisans de l'origine toujours syphilitique de la maladie, invoquant les exigences de la logique scientifique, prétendent expliquer par les lacunes de l'enquête anamnestique, par la possibilité de l'action méconnue de syphilis lointaines, ou ataviques, l'origine spécifique du petit nombre des cas de paralysie générale qui échappent à toute étiologie syphilitique directement saisissable.

L'avenir apportera à ce gros problème d'étiologie sa solution définitive. Actuellement, je crois rester conforme aux enseignements de la clinique, de la statistique, et de la pathologie générale en assignant à la démence paralytique une *étiologie complexe,* dont un des facteurs les plus importants est, dans les antécédents des malades, l'*existence d'une syphilis ancienne*.

En admettant d'ailleurs que la constance de la syphilis fût démontrée dans l'étiologie de la paralysie générale, il resterait encore à expliquer le mode d'action de cette infection dans la genèse des lésions paralytiques, la rareté relative de la paralysie générale comparée à la fréquence extrême de la syphilis, enfin l'impuissance du traitement spécifique dans cette affection. Les cas de coïncidence, sur le même malade, de paralysie générale et de lésions syphilitiques secondo-tertiaires ou tertiaires ne sont pas rares. Val-

lon et Wahl [1], Buvat [2] en ont publié d'intéressants exemples. En pareil cas, le traitement spécifique guérit la lésion syphilitique, et ne modifie en rien l'évolution paralytique.

En supposant donc la syphilis, cause nécessaire de la paralysie générale, elle n'en est certainement pas la cause suffisante. Elle est, comme disait Charcot, l'*agent provocateur* par excellence de la maladie ; ou, selon l'expression de Joffroy [3], le meilleur engrais qui puisse disposer le terrain au développement de la paralysie générale. Le professeur de Sainte-Anne, pour qui le rôle étiologique de la syphilis n'est qu'adjuvant, et non nécessaire, dit expressément : « Pour devenir tabétique ou paralytique général, il faut avoir une constitution particulière de la moelle ou du cerveau, qui tient aux conditions dans lesquelles on a été conçu, à l'état des parents au moment de la conception. Certaines parties de ces organes sont peu résistantes, et particulièrement sensibles à toutes les causes de déchéance ; et, sous l'influence de la syphilis, des excès, des fatigues, qui seront admirablement tolérés par d'autres, les éléments nerveux se flétriront, s'atrophieront, et le malade fera ces maladies qui ne sont qu'une expression de la déchéance nerveuse congénitale, et qu'on nomme le tabes et la paralysie générale. Le tabétique est donc un individu qui vient au monde avec de mauvais cordons postérieurs ; le paralytique général, avec un mauvais axe cérébro-spinal [4]. »

L'étude de l'Étiologie fournit, en somme, deux grandes notions à la solution du problème pathologique : celle de la *prédisposition héréditaire*, et celle de l'*intervention de processus toxiques ou toxi-infectieux*, à action *lente et prolongée* et relevant principalement de la *syphilis*, du *surmenage* et de l'*alcoolisme*.

L'étude de l'Anatomie pathologique permet de serrer la question d'un peu plus près.

L'ensemble des altérations de la paralysie générale apparaît comme un *complexus de lésions diffuses* intéressant, dans une *évolution à peu près contemporaine*, *la totalité des éléments constitutifs de l'écorce cérébrale :* éléments fonctionnels, cellules et tubes nerveux, éléments ectodermiques et mésodermiques de soutien et de nutrition, névroglie, vaisseaux, méninges. Il s'agit d'une *encéphalo-méningite diffuse*, avec prédominance, suivant les cas, des altérations inflammatoires ou dégénératives sur tel ou tel système histologique : mais la caractéristique réside dans la diffusion des lésions. Ces lésions sont subaiguës et affectent le *caractère inflammatoire* vis-à-vis des *éléments conjonctivo-vasculaires* et de la *névroglie*, et le *caractère dégénératif* vis-à-vis des *éléments parenchymateux*. Le neurone est intéressé dans son fonctionnement, sa structure et sa vie même, au niveau de son corps cellulaire et de ses prolongements : ceux-ci paraissent subir, de la part de la lésion destructive, des atteintes plus précoces et plus profondes que le corps

[1] Vallon et Wahl. *France médicale*, juillet 1898.
[2] Buvat. Accidents tertiaires et paralysie générale. *Revue de psychiâtrie*, octobre 1900.
[3] A. Joffroy. Syphilis et paralysie générale. *Journal des Praticiens*, novembre 1899.
[4] A. Joffroy. La paralysie générale tabétiforme. *Médecine moderne*, 4 février 1903.

même de la cellule. La névroglie irritée prolifère activement suivant la loi même de ses réactions pathologiques. Les lésions vasculaires, contemporaines de ces lésions nerveuses et névrogliques, sont remarquables par leur topographie : elles siègent surtout, au moins au début, à la périphérie du vaisseau, au niveau des tuniques externes, dans les gaines lymphatiques des artérioles : un processus diffus et intense de leptoméningite et d'arachnitis accompagne ces *périvascularites*, et achève de spécifier l'origine extérieure, le point de départ méningo-vasculaire des lésions. L'encombrement et l'obstruction des voies lymphatiques troublent la circulation de la lymphe cérébrale : il en résulte un trouble profond et continu dans le métabolisme cellulaire, dans la nutrition du neurone. (Robertson.)

Du côté des *méninges internes*, des *parois épendymaires*, la même prédominance remarquable des lésions névrogliques et vasculaires s'affirme au niveau des ventricules, et contraste avec l'intégrité relative des régions profondes de l'encéphale, des parties centrales du cerveau.

Le *liquide céphalo-rachidien* participe activement au processus anatomo-pathologique de la maladie : l'analyse cytologique de cette humeur, ses modifications quantitatives et qualitatives, en sont la preuve manifeste.

Il semble bien qu'on puisse, en rapprochant ces données anatomo-pathologiques les unes des autres, dans leur succession et leurs rapports réciproques, essayer de les interpréter comme *la réaction subaiguë et diffuse du système d'irrigation sanguine et lymphatique de l'encéphale, à des substances toxiques d'origine circulatoire*. Les poisons abordent le cerveau par les vaisseaux : ceux-ci réagissent d'abord, entraînant dans le processus l'élément conjonctif, pie-mère, gaines lymphatiques et l'élément ectodermique, la névroglie. Celle-ci prolifère partout avec intensité et semble traduire, comme un réactif anatomique d'une exquise susceptibilité, le siège, la profondeur et la vivacité de l'atteinte toxique de l'encéphale. L'arachnoïde, constamment irritée par l'imprégnation toxique, participe à la même réaction défensive morbide ; et, comme autant de témoins de ce travail diapédétique continu, d'origine irritative, les lymphocytes tombent en abondance dans le liquide céphalo-rachidien. Les éléments fonctionnels de l'écorce, troublés dans leur irrigation par les lésions vasculaires, et attaqués par les poisons, subissent le début de l'atteinte morbide à la périphérie de l'écorce, du côté où siège le maximum de l'imprégnation toxique : celle-ci attaque l'encéphale par sa périphérie, en un processus centripète, qui s'étend des cavités céphalo-rachidiennes et ventriculaires, aux couches centrales et profondes de l'organe.

Suivant cette conception, le *processus pathogénique*, primitivement vasculaire, serait secondairement parenchymateux; mais le *processus anatomique* est en réalité mixte, diffus, et intéresse la totalité de l'édifice cortical ; on s'explique, en effet, la précocité des altérations des cellules nerveuses, devant l'intoxication ; mais on ne s'expliquerait guère l'existence de ces lésions cellulaires sans une cause pathogène, dont l'intervention ne peut se comprendre que par l'intermédiaire du système circulatoire : le rôle prépondérant de celui-ci, considéré dans tous ses éléments (vaisseaux et gaines

lymphatiques, méninges, liquide céphalo-rachidien) ressort de l'intensité, de la diffusion et de la nature de ses lésions.

Il me semble donc inutile de discuter sur la priorité parenchymateuse ou interstitielle du processus. La *paralysie générale est anatomiquement un processus diffus*, provoqué par une imprégnation toxique diffuse de l'encéphale ; assimilable, comme certaines hépatites et néphrites toxiques, aux processus histopathologiques diffus que provoquent, dans les viscères, les intoxications sanguines. La *lésion de l'un des éléments anatomiques n'est pas subordonnée à la lésion de l'autre :* l'atteinte de tous les éléments se produit à peu près simultanément, mais inégalement, *suivant les aptitudes réactionnelles de chaque élément devant l'agent morbifique*. L'endothélium vasculaire, la gaine lymphatique, la pie-mère, les lymphocytes, l'arachnoïde réagissent, comme des éléments mésodermiques, par des processus inflammatoires subaigus, d'ordre embryonnaire et diapédétique, puis scléreux ; la cellule névroglique, élément ectodermique, réagit suivant sa loi, en se multipliant rapidement, surtout au niveau des épithéliums ventriculaires et épendymaires ; la cellule nerveuse, le neurone cortical réagit en dégénérant, sous les influences multiples et combinées de l'intoxication, des troubles circulatoires et de l'envahissement névroglique progressif. L'*atteinte diffuse de l'appareil méningo-cortical* détermine une méningo-encéphalite subaiguë, qui n'est primitivement ni interstitielle ni parenchymateuse, mais qui *réunit les deux systématisations dans une réaction générale, simultanée, de tous les tissus constitutifs de l'organe malade devant la cause morbifique*. C'est d'ailleurs l'interprétation pathogénique universellement admise aujourd'hui, pour les hépatites et les néphrites toxiques, qui sont des inflammations viscérales diffuses, subaiguës, dont l'évolution anatomo-clinique est subordonnée bien plus *au mode et à la durée d'action du poison pathogène,* qu'à la nature même de ce poison. Aussi semble-t-il logique d'admetttre que la paralysie générale est une affection non pas parasyphilitique, ou même parainfectieuse, mais plutôt, dans la généralité complexe de son étiologie, une *affection paratoxique* (Sérieux et Farnarier [1]).

Cette *cause morbifique, qui circule dans les vaisseaux pie-mériens et* transsude de ceux-ci, à travers les cavités lymphatiques, dans les plasmas intercellulaires de l'écorce, est-elle, comme l'a supposé Strümpell, une toxine d'origine syphilitique ? Est-elle une autre substance, produite sur le terrain syphilitique, et peut-être sous l'influence de la syphilis, à la suite d'altérations organiques et humorales chroniques ? Krœpelin suppose une certaine analogie entre l'origine de la paralysie générale, et celle des cachexies addisonnienne et myxœdémateuse, secondaires à la destruction des glandes surrénales et thyroïde. La démence paralytique résulterait d'une *intoxication progressive, d'origine organique, secondaire à des lésions viscérales multiples*, *chez les syphilitiques prédisposés*.

[1] Sérieux et Farnarier. Recherches statistiques sur l'étiologie de la paralysie générale. *Rev. de méd.*, février 1900.

Quoi qu'il en soit, la toxine qui cause les lésions de la paralysie générale doit posséder, ainsi que le révèle son affinité élective pour le neurone cortical et la névroglie, une certaine spécificité, analogue à la spécificité histologique de certaines toxines, dont les aptitudes destructives s'exercent surtout aux dépens de tel ou tel tissu. A côté de cette *propriété neurolytique élective, le poison de la paralysie générale exerce ses effets nocifs sur l'ensemble de l'organisme,* qui souffre, surtout aux périodes avancées de l'affection, d'une cachexie générale progressive. Les *grands viscères* sont le siège de lésions qui témoignent d'une imprégnation toxique de leurs tissus. Les *ictus*, épileptiques et apoplectiques, les *processus subaigus* de confusion mentale, avec stupeur ou agitation, les *accès fébriles* semblent aussi relever d'une intoxication. Les *rémissions* traduiraient la diminution plus ou moins prolongée et considérable du pouvoir toxique du sang ; c'est ainsi que, dans l'urémie, ou le diabète, les accalmies et les améliorations expriment la désintoxication relative et souvent momentanée des humeurs.

L'origine et le point de départ de ce poison nous sont inconnus : on peut supposer qu'il prend naissance dans l'intimité des humeurs et des viscères, chroniquement adultérés par la syphilis, l'alcoolisme, et peut-être encore d'autres infections ou intoxications.

Ainsi s'expliqueraient les *pseudo-paralysies générales curables* qui ne seraient que l'expression clinique du début d'un processus, analogue à celui de la vraie paralysie générale, mais susceptible d'arrêt dans son évolution, lorsque l'intoxication causale est suspendue ; capable au contraire de nouveaux progrès et d'évolution continue et fatale, lorsque, comme c'est le cas pour le processus parasyphilitique, la cause persiste et demeure immanente dans l'intimité de l'organisme.

Quelle que soit la part de réalité que renferment ces hypothèses, il reste toujours certain que la *prédisposition héréditaire* est nécessaire pour expliquer la vulnérabilité particulière, vis-à-vis de ces poisons destructeurs, des cellules ganglionnaires de l'écorce, et que c'est l'hérédité qui, parmi les innombrables sujets menacés, par leur dossier toxi-infectieux, de paralysie générale, marque les cerveaux invalides et désigne les victimes.

Je crois inutile, après ces considérations, de m'étendre longuement sur la question des *pseudo-paralysies générales.* On peut la résumer en quelques mots.

Ou la maladie dénommée pseudo-paralysie générale (alcoolique, saturnine, etc.) est une paralysie générale véritable, d'un diagnostic un peu délicat, à cause de certaines nuances symptomatiques qui altèrent la clarté du tableau clinique : en pareil cas, le diagnostic est hésitant, mais la maladie n'est pas douteuse. L'évolution des choses tranchera la question en faveur de la paralysie générale.

Ou la pseudo-paralysie générale n'est pas une paralysie générale, mais, pour toutes les raisons indiquées au chapitre du Diagnostic, simule la paralysie générale. C'est une *démence,* d'origine *toxique* (alcoolique, saturnine, etc.), une *encéphalopathie infectieuse* ou *toxique*, avec obtusion intel-

lectuelle, confusion mentale, délire, signes somatiques, etc.; une *crise psychopathique subaiguë*, avec agitation ou dépression, troubles délirants, provoquée chez un dégénéré, par un choc cérébral quelconque; une *affection organique de l'encéphale*, le plus souvent syphilitique (méningite, syphilomes diffus, etc.) avec affaiblissement démentiel et signes somatiques, etc. : tous ces *processus pseudo-paralytiques* se jugeront facilement par l'évolution clinique. Lorsque certaines encéphalopathies parasitaires, alcooliques, syphilitiques, athéromateuses, simulent de très près, par leurs caractères et leur durée, la paralysie générale, elles n'arrivent à confondre leur expression symptomatique avec celle de la démence paralytique, qu'en déterminant dans l'écorce un ensemble de lésions destructives diffuses, semblables, dans leurs conséquences et leur évolution aux altérations anatomo-pathologiques de la paralysie générale. A des processus anatomiques analogues répondent des syndromes cliniques similaires.

Une importante différence clinique et pronostique sépare quelques-uns de ces processus pseudo-paralytiques (pseudo-paralysies générales toxiques subaiguës) de la paralysie générale vraie : c'est *la nature régressive et souvent curable de leur évolution*. Cette notion n'est qu'un cas particulier de la pathologie générale des intoxications, considérées dans leurs effets sur le système nerveux. La nature régressive et curable de ces encéphalopathies toxiques s'explique par la cessation de l'empoisonnement et la réintégration anatomique et fonctionnelle de l'écorce. La nature progressive et incurable de l'encéphalopathie paralytique s'explique par une intoxication corticale prolongée et continue, susceptible pourtant de certains arrêts temporaires, auxquels correspondent les rémissions et parfois même d'arrêts définitifs, avec *déficit mental proportionnel* à l'étendue et à la profondeur des lésions déjà accomplies. Les lésions non définitives se réparent, le malade survit, et une guérison incomplète s'établit (*Heilung mit Defect*). Mais, le plus souvent, à la suite d'une nouvelle imprégnation toxique du manteau cortical (traumatisme, surmenage, insuffisances viscérales; infections, intoxications) se produit une réitération du processus morbide, qui s'annonce par une rechute. C'est là l'histoire des phases successives de l'encéphalopathie des alcooliques incorrigibles, qui s'acheminent, en une odyssée dont Magnan a bien décrit les étapes, vers la paralysie générale définitive et incurable. Toute autre intoxication lente et continue, d'origine extérieure ou intérieure, peut déterminer les mêmes effets.

C'est encore en vertu des lois classiques de la pathologie générale, que se greffe parfois, sur des lésions cérébrales anciennes, plus ou moins généralisées (athérome, syphilis, etc.) le processus diffus de la méningo-encéphalite paralytique. C'est ainsi que se réalise le groupe des *Paralysies générales secondaires* ou *associées* que Klippel, dans ses travaux, a distingué du groupe des paralysies générales pures, primitives, dégagées de toute autre association anatomique. Ces cas de transition et d'association montrent à la fois la multiplicité étiologique, et l'unité anatomo-clinique foncière du syndrome paralytique, qui n'est que l'expression clinique parfois temporaire, souvent à

répétition, et bien plus souvent encore définitive, d'un processus anatomique diffus, d'origine toxique, capable dans quelques cas d'arrêt et de régression, mais le plus souvent progressif et fatal.

La *physiologie pathologique des symptômes* peut être interprétée de la manière suivante :

Au *siège électif des lésions* sur les cellules corticales, correspond la *nature psychique* de la majorité des symptômes.

A la *diffusion* de ces lésions correspond le *caractère global et universel* de l'affaiblissement démentiel ; à la localisation précoce et prédominante des altérations fines sur les *fibres tangentielles* (Tuczeck), sur les prolongements protoplasmiques des neurones, à l'atrophie des épines et des panaches de ces dendrites, correspond l'*altération précoce et progressive des processus d'association psychique* et par conséquent, du pouvoir d'évocation des souvenirs, d'assimilation des perceptions nouvelles, de comparaison des images et des idées, d'élaboration des concepts et de synthèse des opérations mentales. A la *dislocation des systèmes d'association anatomique* de l'écorce, correspond la *désagrégation psychologique* qui caractérise la mentalité dissociée du paralytique général. Le morcellement du substratum organique des opérations psychiques supérieures en une série de petits territoires disjoints et fragmentaires, juxtaposés et non plus combinés, réduit le fonctionnement intellectuel au jeu réflexe d'une collection de systèmes indépendants, sans relations réciproques, et dont chacun travaille pour son compte, dans un automatisme anarchique et incohérent : d'où le caractère mobile, contradictoire et décousu des idées et des délires du paralytique général.

Les *ictus* épileptiques et apoplectiques, les *accès fébriles*, les crises épisodiques d'*agitation* ou de *confusion mentale*, sont probablement l'effet de *processus toxiques ou infectieux*, plus massifs ou plus aigus, greffés sur le lent travail de désorganisation qui caractérise la méningo-encéphalite chronique paralytique. Klippel a insisté avec raison sur le mécanisme pathogénique de ces accidents. Les *symptômes localisés* décèlent des phénomènes d'*ischémie thrombosique* plus ou moins réparables dans leurs conséquences, ou des *lésions en foyer* plus profondes.

Les phénomènes d'*excitation* expansive, avec optimisme, euphorie, et ceux de *dépression* asthénique avec mélancolie et hypochondrie sont en relation pathogénique, d'après les observations de Klippel et Dumas, avec les *variations opposées du système vaso-moteur* général et encéphalique : le *délire hypochondriaque et négatif* est lié à des *perturbations de la cénesthésie*.

Les *délires* dérivent dans leur précocité, leur fréquence, leur ténacité, et leur violence, de la *prédisposition héréditaire ;* dans leur couleur et leur richesse du *mode* et du *degré de culture intellectuelle* des malades ; dans leurs caractères paralytiques pathognomoniques du *fonds démentiel* sur lequel ils reposent.

On connaît la fréquence des *troubles vaso-moteurs,* superficiels et profonds, cutanés et viscéraux, chez les paralytiques généraux : ces troubles, qui

traduisent le *déséquilibre de l'innervation sympathique*, provoquent dans les tissus des désordres fonctionnels variés, dont une des conséquences importantes est d'exposer les organes, particulièrement les téguments et les poumons, à des *infections secondaires* souvent mortelles.

Sous l'influence des idées doctrinales des pathologistes de la première moitié du XIXe siècle, la congestion cérébrale, avec toutes ses localisations et tous ses degrés, était constamment invoquée par les aliénistes, à titre d'agent causal, pour expliquer presque tous les accidents de la paralysie générale (ictus, paralysies, délires, etc.). Cette doctrine pathogénique a atteint l'apogée de son expression dans le Traité de Luys[1], qui propose une classification des formes de la folie, d'après l'état d'anémie ou de congestion des différentes régions de l'encéphale.

Pour toutes les raisons, si judicieusement exposées par P. Marie[2], je crois que « la tendance actuelle doit être de n'accepter qu'avec une extrême circonspection tout ce qui a trait à la congestion cérébrale », et de ne souscrire qu'avec les plus grandes réserves à la nature dite *congestive*, des syndromes et des complications de la Démence paralytique. Car dans les cas mêmes, où à la nécropsie, l'examen du cerveau mort permet d'admettre qu'il existait de la congestion dans le cerveau vivant, rien n'autorise à supposer un rapport de cause à effet entre cette congestion et les accidents observés : ceux-ci et celle-là peuvent n'avoir été que des coeffets, simultanés ou successifs, d'une cause supérieure (infectieuse, toxique, etc.), qui reste à déterminer, et dont la nature et le mode d'action nous sont absolument inconnus.

TRAITEMENT

Bibliographie.— *Traitement de la paralysie générale*, par A. Mairet, in *Traité de Thérapeutique appliquée* d'Albert Robin (fascicule des Maladies mentales, p. 96). Paris, 1898. — *De la paralysie générale ;* Étiologie, pathogénie, traitement, par Mairet et Vires. Paris, 1898. — *Traité de Thérapeutique des maladies mentales et nerveuses*, par P. Garnier et P. Cololian, p. 319. Paris, 1901. — *Manuel de Thérapeutique* de Debove et Achard. Article : Paralysie générale, par Roubinowitch, 1901. — Chapitres thérapeutiques des grands *Articles* et des *Traités de Psychiatrie* déjà cités. — Des résultats du traitement mercuriel intensif appliqué à la paralysie générale et au Tabes, par G. Lemoine. *Revue Neurologique*, 30 juillet 1902. — Communications sur le même sujet, à la Société de Neurologie, de Raymond et de Leredde. *Revue Neurologique*, 15 juillet 1902. — Progrès à réaliser dans le traitement mercuriel des accidents graves de la syphilis, par Leredde. *Semaine médicale*, 23 avril 1902. — Traitement de la paralysie générale, par Devay (de Lyon), *Congrès de Grenoble*, 1902. Traitement de la paralysie générale par les injections intra-rachidiennes de mercure, par Marchand. *Soc. médico-psychologique, octobre 1902.*

Les règles du traitement de la paralysie générale peuvent être brièvement formulées.

La *prophylaxie* commande tout d'abord de prescrire aux sujets que l'on

[1] Luys. Traité des maladies mentales, 1874.

[2] Pierre Marie. Art. *Congestion cérébrale*. Traité de Brouardel-Gilbert, 1901.

regarde, à certains indices, comme menacés ou suspects de paralysie générale, d'observer une hygiène rigoureuse du système nerveux ; et, avant tout, d'éviter le surmenage du névraxe (veilles, travaux. excès, etc.).

L'observation semble démontrer que la paralysie générale serait plus fréquente chez les sujets qui n'ont pas traité suffisamment, lors de ses premières périodes, la syphilis ancienne généralement bénigne et discrète qui figure au dossier étiologique de leurs accidents paralytiques. A ce titre, comme à tant d'autres, s'impose donc un traitement prolongé de l'infection syphilitique.

Le *traitemenl curatif* de la paralysie générale comprend l'exposé des *moyens médicamenteux* dirigés contre la maladie elle-même, ou contre ses complications et accidents ; et des *moyens hygiéniques et diététiques* mis en œuvre dans la thérapeutique de l'affection confirmée.

Le traitement médicamenteux, essentiellement dominé par la notion étiologique que s'est formée le médecin de l'origine et de la nature des lésions paralytiques, comprend l'étude des médicaments mercuriels administrés contre la paralysie générale : maladie syphilitique ; et l'exposé des divers agents modificateurs, dirigés contre tel ou tel élément morbide, inflammatoire, congestif, etc., que l'on suppose dominer le processus paralytique.

Le traitement antisyphilitique de la paralysie générale, d'origine récente, a pris, dans ces dernières années, un développement considérable, à peu près parallèle aux progrès accomplis, dans la même période, par le traitement mercuriel du tabes. Cette évolution thérapeutique, secondaire elle-même aux progrès de la doctrine étiologique de l'origine syphilitique de ces deux affections, a été contemporaine de l'application à la pratique du traitement antisyphilitique, des injections hypodermiques ou intraveineuses des sels solubles ou insolubles de mercure. Cette méthode a même permis d'essayer de porter le médicament au siège même des lésions ; et, en injectant le mercure et les iodures dans le canal rachidien, de déposer le remède pour ainsi dire aux sources du mal.

Cette grosse question du traitement mercuriel intensif, et même direct, de la paralysie générale est actuellement, et de tous côtés, à l'étude. Le moment n'est pas encore venu de pouvoir apprécier les résultats de la méthode ; et, aux débuts même d'un procès qui s'annonce si complexe en ses éléments, et si lent dans son évolution, il n'est pas permis de formuler des conclusions. On ne peut que déposer en témoin, et prendre connaissance des pièces du procès, c'est-à-dire apporter ses observations et s'éclairer par celles d'autrui. Il faut des années consécutives d'étude des malades en traitement, pour se former une opinion sur les résultats d'une méthode thérapeutique curative de la paralysie générale. L'histoire naturelle de cette maladie, abandonnée à elle-même, montre au médecin instruit le nombre et l'importance des causes d'erreur qui peuvent vicier un tel procès thérapeutique (fréquence et longueur des rémissions spontanées ; diversité d'évolution de la maladie ; associations, syphilitiques ou autres, au processus paralytique ; périodes de l'affection auxquelles s'applique le traitement ; différences des terrains morbides, etc.. etc.).

Voici l'exposé sommaire de la pratique généralement suivie dans le traitement spécifique de la paralysie générale.

Il faut instituer un traitement intensif et longtemps prolongé, par les injections profondes, pratiquées au lieu d'élection, dans la région fessière, de sels mercuriels solubles (benzoate, cyanure, biiodure, etc.), ou insolubles (calomel). Ce n'est pas la qualité, mais la quantité du composé mercuriel qui importe. Pour être suffisantes, les doses doivent être hautes : dix centigrammes de calomel toutes les semaines; de trois à six centigrammes de benzoate ou de cyanure de mercure chaque jour. La susceptibilité individuelle et la tolérance de chaque malade vis-à-vis du traitement doivent être soigneusement appréciées et surveillées : le traitement sera poursuivi jusqu'à saturation, et interrompu par des périodes de repos (huit à dix jours par mois) variables, pour être repris, pendant des mois et des années, selon les résultats acquis et les bénéfices qu'on espère obtenir encore.

En suivant cette méthode, Leredde, Lemoine, Carrière (de Lille), Devay (de Lyon), ont obtenu, d'après leurs observations, des améliorations notables de paralysies générales confirmées. Dans quelques cas, l'iodure de potassium a été associé, dans les intervalles de repos, au mercure. Carl Spengler (de Davos) a rapporté deux cas de guérison par un traitement qui a pour base *la combinaison du mercure et de l'extrait thyroïdien.* Le mercure est administré par inhalation : le malade porte sur sa poitrine une toile imprégnée d'une préparation mercurielle (méthode de Mergier); et il ingère progressivement de 50 centigrammes à 2 grammes d'aïodine : on gradue les doses de mercure et d'extrait thyroïdien selon les effets obtenus et la tolérance du malade. Spengler combat les effets toxiques du mercure par la médication thyroïdienne; et les effets toxiques qu'entraîne parfois le traitement thyroïdien, par l'administration d'extrait de thymus et de pulpe cérébrale. Ce traitement assez complexe, et au moins original, entraînerait parfois, d'après Spengler, une aggravation des symptômes paralytiques, bientôt suivie d'une amélioration marquée et durable.

Marchand a dernièrement essayé, avec des résultats encourageants, l'*injection intrarachidienne*, au lieu d'élection de la ponction lombaire, de 2 milligrammes de biiodure de Hg et de 2 centigrammes d'iodure de K_1, toutes les semaines. D'autres auteurs administrent le cyanure de mercure *par la voie intraveineuse.*

Je n'entrerai pas dans la critique de ces différentes méthodes, dont j'ai exposé sommairement la technique et les résultats, encore bien récents, annoncés par leurs auteurs.

Je rappellerai seulement les sages réserves, formulées à l'occasion de ces communications, par Déjerine, Marie, Joffroy, G. Ballet, etc.; et je me bornerai à donner une impression personnelle sur le traitement mercuriel de la paralysie générale, en disant que je n'en ai jamais vu le bénéfice, que j'en ai quelquefois constaté l'innocuité, et que j'en ai souvent observé les inconvénients et le danger.

J'ai encore en observation une paralytique générale (fig. 60), qui a subi

vingt-quatre injections hebdomadaires de calomel dans les fesses, d'ailleurs pratiquées dans les meilleures conditions ; et qui, à la suite de ce traitement, a présenté un syndrome d'hydrargyrisme subaigu (stomatite, embarras gastrique, colite dysentériforme ; tremblement inégal, intense, des extrémités et de la langue, dysarthrie trémulante énorme, amnésie profonde, confusion mentale, anxiété, hallucinations, etc.), qui a peu à peu cédé à la diète mercurielle, au régime lacté, aux bains, etc. Au bout de deux mois, l'état de la malade, très amélioré, se dégageait de ces troubles toxiques surajoutés, et offrait le tableau clinique simple d'une paralysie générale à forme démente, dont l'évolution naturelle continue. Il est manifeste que, dans le cas présent, la malade a dû au traitement mercuriel, intensif et prolongé, l'aggravation temporaire de son état par des accidents toxiques dont la nature mercurielle est évidente. J'ai vu un certain nombre de cas analogues. Beaucoup de paralytiques se montrent intolérants pour le mercure, ont des accidents d'hydrargyrisme assez précoces pour s'opposer à la continuité du traitement, et offrent à la thérapeutique mercurielle des réactions bien différentes de celles des tabétiques : ceux-ci, à mon avis, supportent beaucoup mieux les hautes doses de mercure, et semblent en retirer de sérieux bénéfices.

La conclusion pratique de ce jugement, qui, je le répète, ne peut être encore donné comme définitif, est de ne pas poursuivre, par la mercurialisation intensive, le processus de la paralysie générale.

Le traitement mercuriel, intensif et prolongé, selon la technique plus haut exposée, doit être appliqué seulement aux cas où certains arguments étiologiques (syphilis récente) ou cliniques (symptômes révélateurs de lésions en foyer, céphalée, troubles médullaires concomitants, etc.), autorisent à soupçonner la nature syphilitique de tout ou partie du syndrome observé. La moindre hésitation diagnostique impose le devoir du traitement d'épreuve ; celui-ci, d'ailleurs, constitue un appoint précieux du diagnostic. S'il réussit pleinement, on a guéri des lésions syphilitiques diffuses de l'encéphale : s'il réussit partiellement on a traité une association de lésions spécifiques en activité et de lésions communes irréparables ; s'il échoue, on est en face d'une paralysie générale pure, sans association spécifique concomitante.

Le traitement curatif médicamenteux non mercuriel de la paralysie générale repose, chez chaque auteur, sur les idées théoriques qu'il s'est formées de la nature du processus morbide, et du mécanisme des accidents de l'affection paralytique. Je ne m'attarderai point à l'étude de ces médications inutiles (arsenic, iodures, ergotine, opothérapie, sétons, vésicatoires, etc.), dirigées par les thérapeutes contre l'élément inflammatoire, congestif, dégénératif, etc., de la paralysie générale.

Ces traitements, entretenus par des illusions sentimentales, favorisés par l'intercurrence des rémissions naturelles de la maladie, sont condamnés par la pratique et indignes d'un médecin instruit de la réalité des choses.

En présence d'une paralysie générale confirmée, le rôle du médecin consiste à *provoquer les rémissions,* en cherchant à retarder le cours de la maladie par une bonne hygiène ; à *éviter les complications,* en les prévoyant,

en les prévenant, et en les traitant, si elles surviennent ; enfin à *parer aux conséquences sociales* (dilapidations, scandales, condamnations, etc.), qui résultent, pour le malade et sa famille, de la paralysie générale abandonnée à elle-même ; cette dernière indication est remplie par la surveillance continue ou l'internement du malade.

L'*hygiène du paralytique général* comporte deux indications : l'une psychique et morale, l'autre somatique et physique.

L'*hygiène psychique* commande le repos cérébral, l'isolement dans le calme ; conditions que réalise seulement, en général, l'internement dans une maison de santé. Cet isolement et cet internement peuvent se faire avec avantage, à la campagne, dans une villa, où le malade sera installé avec un personnel de choix, restreint, et sous la surveillance d'un médecin.

L'*hygiène corporelle* commande le repos physique, avec exercices modérés, à l'abri du rayonnement direct du soleil ; le séjour dans une température moyenne (17°) une alimentation sobre, régulière, l'abstinence du vin, de l'alcool, du café, du thé ; la régularité des selles ; la balnéation tiède fréquente, etc.

Le *traitement des complications*, dont la plupart seront évitées par l'observance des règles de l'hygiène, se présente surtout aux périodes avancées de la maladie.

Les ictus apoplectiques et épileptiques seront traités, lorsqu'ils éclatent, par la surveillance du malade ; et, si quelque influence pléthorique ou toxique paraît en cause dans le cas considéré, par une saignée générale modérée ; l'application d'eau froide sur la tête, de sinapismes aux jambes, pourra être essayée.

On préviendra la broncho-pneumonie, la gangrène pulmonaire et l'asphyxie par déviation du bol alimentaire, par la toilette quotidienne de la bouche, des dents, du nez, de la gorge ; par la surveillance de l'alimentation, de la déglutition.

L'infection urinaire sera évitée par le cathétérisme aseptique et opportun ; l'examen de la vessie fournira les indications.

Le gâtisme et ses conséquences, les eschares du décubitus, les infections cutanées seront prévenus et combattus par l'hygiène de l'alitement, le changement fréquent de position, le matelas d'eau, les lavages et les bains boriqués, l'usage de poudres isolantes, aseptiques et antifermentescibles (charbon et quinquina, oxyde de zinc, talc et sels de bismuth, etc.). Les eschares seront lavées et pansées à l'eau oxygénée, au permanganate de potassium. Ces soins bien entendus préviennent et guérissent, chez beaucoup de paralytiques, les complications trophiques et infectieuses des périodes terminales. C'est aux progrès de l'hygiène et de l'asepsie qu'est due l'amélioration sensible du sort de ces malades dans les derniers mois de leur affection.

L'agitation sera traitée par l'alitement, la *balnéation tiède prolongée*, et parfois *continue*, sous une surveillance attentive, qui, pour la grande majorité des malades, ne peut s'exercer qu'à l'asile. L'hydrate de chloral, les

bromures, la duboisine pourront, suivant les cas, et avec des interruptions, être employés en lavements, en injections sous-cutanées.

La dépression, surtout si elle s'accompagne d'anxiété, réclame à peu près la même thérapeutique, à laquelle on pourra adjoindre l'emploi des frictions cutanées aromatiques, des injections sous-cutanées à petites doses de sérum simple, des laxatifs salins intermittents, etc. Si l'anxiété est vive, l'opium, surtout la codéine, pourront être essayés avec avantage. En cas de refus d'aliments, l'usage de la sonde œsophagienne pourra s'imposer.

Une recommandation essentielle est d'éviter, durant les périodes d'agitation, la camisole de force. Cet engin barbare, toujours mal appliqué et souvent mortel, doit être proscrit du traitement ; c'est là un point acquis (Magnan). Tout au plus pourra-t-on autoriser un maillot spécial, destiné à limiter les mouvements trop étendus, au moment du transport du malade d'un point à un autre, de son domicile à l'asile, ou au moment des crises d'agitation violente, avec tendance à la dilacération des vêtements, aux automutilations, etc. En dehors de ces cas spéciaux, le malade, dans son lit ou sa baignoire, doit être autant que possible, laissé libre de ses mouvements.

J'ai assez montré les avantages, pour le malade, de l'*isolement*. Au point de vue de l'entourage, de la famille, et enfin de la société, la même mesure s'impose pour le paralytique général, auquel on évitera ainsi le scandale d'une arrestation, d'un emprisonnement et souvent d'une condamnation : l'histoire des paralytiques méconnus par les tribunaux est assez instructive à cet égard. Il est toujours très dangereux de laisser libre un paralytique général, même au début, et lorsque les apparences de la situation sont rassurantes. Garnier a cité le cas d'un de ces malades, soigné dans sa famille, qui, trompant un jour la surveillance de son entourage, sort et va tuer un concierge ; la famille dut payer les dommages-intérêts. On trouve d'autres exemples analogues (meurtre d'une fille, d'une épouse ; incendies volontaires, etc.), dans la littérature médico-légale[1]. Les paralytiques généraux sont exposés, au début de leur affection, à commettre des délits, des actes insensés, où ils peuvent gravement compromettre le nom et la fortune de leur famille : celle-ci doit être prévenue par le médecin. Enfin, c'est dans l'isolement et l'internement, que les malades, soustraits à l'agitation de la vie ambiante, bénéficient le plus souvent des rémissions, parfois si prolongées, que comporte le cours de la paralysie générale. Il faut même, au moment de ces rémissions, se garder de rendre trop tôt à la vie ordinaire le malade amélioré.

Des *sorties provisoires d'essai*, puis des *congés temporaires* seront accordés avec grande réserve aux paralytiques en rémission.

Outre l'intervention médicamenteuse, il faut proscrire absolument aussi l'*intervention chirurgicale sur le crâne*, qui a été tentée (Claye-Show[2], Botty

[1] V. Krafft-Ebing. Médecine légale des aliénés. Traduction et annotation par Rémond de Toulouse, 1900. Pages 252-255.

[2] Nathanson. De la trépanation dans la paralysie générale. Th. Paris, 1898.

Tuke), l'électrothérapie, l'hypnotisme, l'hydrothérapie froide sous forme de douches, les cures aux eaux thermales, les voyages, les séjours au bord de la mer, etc. Toutes ces tentatives sont inutiles, et, le plus souvent, nuisibles. Le paralytique général est un malade qu'on doit ménager et qui a droit, plus que tout autre, à la plus sage des thérapeutiques, celle qui, selon le précepte hippocratique, se propose d'abord de ne pas nuire [1].

[1] En terminant cet article, j'adresse mes remerciements les plus vifs aux maîtres, aux amis et aux élèves qui, par leur collaboration bibliographique et scientifique, comme MM. Raymond, Joffroy, Déjerine, Ballet, P. Garnier, Bergé, Sérieux, Nageotte, Nissl. Alzheimer, A. Devaux, ou leur collaboration artistique et photographique, comme MM. A. Bessin, René Charpentier, Chardon, m'ont permis d'enrichir cet article et le suivant de documents et d'illustrations du plus grand prix.

CHAPITRE II

TROUBLES PSYCHIQUES DANS LES ENCÉPHALOPATHIES ORGANIQUES

INTRODUCTION

Ce vaste titre, qui conviendrait à une longue étude de pathologie cérébrale, n'annonce ici qu'une courte revue d'ensemble des accidents psychopathiques, qui peuvent caractériser ou accidenter l'évolution clinique des lésions, aiguës et chroniques, de l'encéphale. Ces lésions comprennent, dans leur diversité, *toute l'anatomie pathologique du cerveau ;* et les troubles psychiques qu'elles peuvent provoquer embrassent la *totalité des formes élémentaires de l'aliénation mentale.* Fixer les rapports réciproques des symptômes et des lésions et décrire les formes morbides issues de la congruence anatomo-clinique de ces deux ordres de phénomènes est une tâche malaisée.

Aucune forme psychopathique particulière n'est liée nécessairement à tel ou tel processus anatomique déterminé; il n'existe non plus aucune relation proportionnelle entre l'acuité ou l'intensité des phénomènes psychopathiques et la soudaineté ou la profondeur des altérations encéphaliques. Si, dans l'ordre neurologique, le déterminisme des réactions cérébrales dépend presque uniquement du siège et de la nature de la lésion ; dans l'ordre psychologique, le déterminisme dépend au moins autant du terrain morbide antérieur, que de la lésion surajoutée. De plus, le mécanisme pathogénique par lequel les lésions encéphaliques provoquent des désordres psychiques est, le plus souvent, très indirect : les troubles de l'esprit, si variables, si subtils, si fugitifs, n'ont de relation avec les lésions si souvent grossières du cerveau, que par l'intermédiaire de perturbations nutritives diffuses, légères ou intenses, transitoires ou durables, de la corticalité. Ces troubles nutritifs dépendent eux-mêmes de facteurs multiples, dont quelques-uns, inhérents à des associations morbides, sont étrangers à la lésion soi-disant causale des troubles psychiques. *Étiologie complexe*, *pathogénie obscure, symptomatologie vague* et *étendue, diagnostic* souvent *incertain* et parfois *impossible*, tels se présentent les éléments de la question des *Psychopathies organiques.*

Pour apporter un peu d'ordre dans une matière aussi étendue et aussi confuse, on peut classer les lésions de l'encéphale en quelques larges catégories, fondées sur les notions d'*étendue* (lésions *circonscrites* ou *diffuses*), d'*évolution* (lésions *aiguës* ou *chroniques*), de *siège* (lésions de l'*écorce*, du *centre ovale,* des *différents lobes,* etc.) et de *nature* (lésions *inflammatoires* ou *dégénératives*, *réparables* ou *destructives*, etc.).

En général, à des lésions *aiguës et circonscrites*, correspondent des réactions psychiques *soudaines et transitoires ;* à des lésions *chroniques et diffuses,* des troubles mentaux *lents et durables ;* à des lésions *inflammatoires et réparables,* des désordres intellectuels *subaigus et curables ;* à des lésions *dégénératives et destructives,* des altérations de l'intelligence *progressives et définitives.* Mais ces propositions, dans leur généralité, ne peuvent suffire à l'entreprise d'une *classification anatomo-clinique des psychopathies organiques.* Cette œuvre ne sera possible que lorsque nous pourrons saisir quelques rapports constants entre la lésion cérébrale et le trouble mental. Or, entre les deux termes, anatomique et clinique, du problème, s'interpose, dans le déterminisme des psychopathies organiques, un faisceau complexe d'éléments pathogéniques, dont l'intrication défie l'analyse la mieux informée et la plus pénétrante.

Une première remarque s'impose : c'est, d'une part, la fréquence des lésions organiques de l'encéphale qui n'éveillent pas de troubles psychiques manifestes ; et, d'autre part, la fréquence encore plus grande des psychoses indépendantes de toute lésion organique, macroscopiquement ou microscopiquement saisissable. La conclusion qui ressort de ce contraste est que : exception faite des diminutions et abolitions de l'intelligence qui signalent les derniers stades des encéphalopathies organiques destructives, les troubles psychiques d'origine organique sont relativement rares. La raison de ce paradoxe apparent est simple : pour réaliser leurs aptitudes délirantes ou démentielles, les prédisposés aux troubles morbides de l'intelligence n'attendent pas l'apparition d'une lésion organique du cerveau. Les traumatismes, les infections, les intoxications, ou plus souvent encore, la simple traversée des diverses périodes du développement cérébral, le seul exercice fonctionnel de l'écorce, aux phases successives de son évolution et de son involution, suffisent, chez les prédisposés, à créer l'aliénation mentale.

L'apparition, chez les aliénés, d'une lésion cérébrale organique, peut représenter une affection surajoutée, une *complication épisodique de la folie.* La même lésion cérébrale, survenant chez des sujets à équilibre psychique stable et solide, sera impuissante à éveiller des troubles nerveux. Les aptitudes psychopathiques de ces derniers sujets sont faibles ou même nulles puisque, chez eux, la valeur et la résistance de l'édifice mental se sont montrées, au cours de toute une existence, à l'épreuve des multiples accidents de la vie. Voilà pourquoi, en dehors des cas réservés plus haut, les troubles psychopathiques ne sont pas les satellites nécessaires des lésions organiques de l'encéphale ; et pourquoi, inversement, ces lésions figurent si rarement au dossier étiologique des psychoses.

Les troubles psychiques observés au cours des affections organiques de l'encéphale doivent donc être regardés, non pas tant comme le produit direct et nécessaire de ces lésions, que comme un *effet indirect et contingent de l'affection organique*. Celle-ci, toujours exception faite des lésions diffuses destructives, n'est, dans l'éclosion des accidents psychopathiques, qu'un *facteur occasionnel*, associé à tout un *ensemble d'autres facteurs*, personnels ou héréditaires, congénitaux ou acquis, lointains ou récents, dont l'action, accumulée et virtuelle, avait abouti à créer chez le sujet un *état de prédisposition psychopathique*, qu'a révélé l'*appoint de la lésion organique*.

Dans les encéphalopathies organiques, les troubles psychiques sont presque toujours associés à des troubles sensitivo-sensoriels et moteurs : mais tandis que ceux-ci sont presque constamment l'effet direct des lésions, les troubles psychiques semblent plutôt reconnaître un déterminisme pathogénique comparable à celui des épilepsies et des paralysies toxiques, dans lesquelles une *imprégnation morbide diffuse du cortex* provoque des *réactions localisées*. L'éclosion de ces symptômes partiels, épileptiques, aphasiques, paralytiques, etc., sous une incitation d'ordre général, représente très probablement la réalisation, provoquée par l'action du poison, d'*imminences morbides régionales*, depuis longtemps préparées sous des influences multiples.

De même, dans le *domaine psychologique*, l'*imminence morbide*. depuis longtemps créée par les facteurs héréditaires et acquis, *se réalise sous l'incitation de l'épine organique*, locale ou générale. Les changements mécaniques, les oscillations vasculaires, les perturbations nutritives, les imprégnations toxiques, qu'entraîne toute lésion cérébrale dans la vie du neurone cortical, mettent en jeu tout le potentiel pathologique de la cellule et déchaînent par cet ébranlement les tendances morbides particulières à l'ensemble du cortex. Aussi ces réactions psychopathiques traduisent-elles, non seulement dans leur existence et leur intensité, mais, le plus souvent, dans leur sens propre et leurs modalités particulières, les prédispositions morbides et les aptitudes délirantes que chaque sujet tient de son ascendance ancestrale et personnelle, c'est-à-dire de son hérédité, de son éducation, de sa vie individuelle et sociale antérieure, de tout l'ensemble des conditions qui ont présidé, surtout aux premières époques de son développement, à l'évolution somatique et psychique de l'être. Tous les facteurs héréditaires ou acquis, de *dégénérescence mentale*, jouent donc, dans la préparation et l'orientation des accidents psychopathiques d'origine organique, un rôle de première importance.

En dehors de ces conditions étiologiques majeures, il faut aussi compter avec l'influence exercée par les *associations morbides*, sur les effets de la lésion encéphalique psychopathogène. Un foyer d'hémorrhagie ou de ramollissement, toutes autres conditions semblables d'ailleurs, déterminera des accidents psychiques plus fréquents, ou plus durables, ou plus graves, ou d'un caractères clinique tout particulier, si le malade est diabétique ou cardiaque ; s'il est intoxiqué par l'alcool, le plomb, le sulfure ou l'oxyde de carbone, la morphine ; s'il est en état d'insuffisance hépatique ou rénale, etc.

Une des conditions étiologiques importantes, qui influe, non sur l'appari-

tion mais sur la durée et le pronostic des psychopathies organiques, est celle de l'*âge* des malades. Les conséquences, évolutives et pronostiques, de ces troubles psychiques diffèrent en effet beaucoup, suivant que la lésion pathogène atteint le cerveau, soit dans la période de son développement, soit à l'apogée de sa croissance, soit aux débuts de son involution, soit enfin au déclin de sa vitalité.

Par la variété de leur nature, de leur expression et de leur marche, les troubles psychiques d'origine organique échappent à toute classification générale ; aussi, au double point de vue de l'exposition doctrinale et du diagnostic pratique, en ordonnerai-je la description autour des principaux types d'encéphalopathies au cours desquelles ils apparaissent.

Je suivrai, dans cette étude descriptive, la classification anatomique et clinique de la nosologie cérébrale, de manière à permettre la superposition, dans le tableau clinique de chaque affection, des troubles psychiques aux troubles somatiques.

Quelle que soit d'ailleurs l'épine organique qui en provoque l'apparition, ces troubles psychiques sont caractérisés soit par l'*excitation* ou la *dépression* psychiques; soit, associée ou non à ces modifications fondamentales du ton affectif, par la *déviation* fonctionnelle de l'intelligence (idées délirantes); soit par la *confusion* générale des opérations mentales ; soit enfin, et surtout, par la *diminution psychique,* l'amoindrissement intellectuel, sous toutes leurs formes, et à tous leurs degrés (obnubilation, torpeur, affaiblissement).

Dans ce dernier cas, suivant l'extension, la profondeur et la marche des lésions, la déchéance démentielle se montre lacunaire ou globale, partielle ou générale, stationnaire ou progressive.

A ces troubles psychiques généraux (excitation maniaque, dépression mélancolique, déviations délirantes, confusion mentale, diminution démentielle), s'associent en proportions variées, des *troubles psycho-sensoriels* (illusions et hallucinations), des *troubles aphasiques,* sensoriels et moteurs, des *troubles agnosiques* et des *troubles mimiques psycho-réflexes,* qui établissent la transition entre les symptômes psychiques et les symptômes somatiques, intéressant la sensibilité, le mouvement et la nutrition. Cette *association de troubles psychiques et de troubles sensitivo-moteurs caractérise le syndrome des lésions organiques de l'encéphale.*

Enfin aux troubles psychiques, plus haut énumérés, aux troubles sensoriels, aphasiques, agnosiques, spsycho-réflexes et sensitivo-moteurs, se superposent souvent sur le même malade, des symptômes de nature *hystérique, neurasthénique* et *phobique,* isolés ou associés, qui enrichissent singulièrement le tableau clinique et compliquent le problème diagnostique.

Dans tout syndrome consécutif à une lésion cérébrale, il faut distinguer, surtout si la lésion est corticale, les *symptômes transitoires* et les *symptômes définitifs.* Parmi les premiers, attribuables au *shock* et aux *phénomènes réactionnels passagers* secondaires à la lésion primitive, figurent de nombreux éléments psychopathiques, qui, par définition, sont transitoires (apoplexie;

confusion; accès de manie, de mélancolie; obnubilation, etc.). La *disparition du syndrome psychopathique transitoire* permet d'observer les *symptômes définitifs, résiduels, de la lésion cérébrale :* ceux-ci comptent des éléments psychopathiques moins variés, moins riches, mais durables et parfois progressifs (états démentiels). L'association de ces états psychopathiques définitifs à des phénomènes de déficit permanent dans la sphère du langage ou des fonctions sensorielles, permet parfois une localisation approximative des lésions pathogènes. On lira avec intérêt, à ce sujet, le récent mémoire de von Monakow[1] sur l'interprétation générale des faits de localisation corticale et l'état actuel de ce gros problème.

Les données de l'anamnèse et l'adjonction, à ces signes psychiques, névropathiques et somatiques, de syndromes spéciaux, plus ou moins caractéristiques et révélateurs soit d'un néoplasme intracranien, soit d'un abcès cérébral, soit d'un processus méningitique, soit d'artériopathies circonscrites ou diffuses, etc., pourront faire entrevoir au clinicien, l'origine, la nature et le siège de la lésion causale.

Au milieu du chaos si complexe des faits, une première grande division s'impose. Au point de vue de leur expression psychopathique on peut distinguer les lésions encéphaliques en *lésions circonscrites* et *lésions diffuses.*

Une classe intermédiaire de lésions participe aux différents caractères de ces deux grandes catégories : c'est la classe des *lésions multiples.* Celles-ci, sans être diffuses, ne sont cependant pas solitaires, et méritent une étude particulière. Parmi ces lésions multiples, une place importante doit être réservée au groupe si intéressant et si riche des *lésions symétriques.* La symptomatologie mentale de ces différentes catégories offre à l'étude un grand nombre de caractères communs ; mais aussi quelques nuances particulières intéressantes, qui méritent de figurer dans le tableau clinique des encéphalopathies organiques. La constatation de ces nuances peut, en effet, apporter au diagnostic différentiel des lésions, un appoint, qui sans avoir la même valeur que les signes moteurs ou sensitifs, n'est cependant pas négligeable.

J'étudierai donc successivement les troubles psychiques, dans les encéphalopathies à lésions circonscrites et solitaires ; à lésions circonscrites multiples, irrégulières ou symétriques ; et en dernier lieu, dans les encéphalopathies à lésions diffuses, aiguës et chroniques.

I. — TROUBLES PSYCHIQUES DANS LES ENCÉPHALOPATHIES A LÉSIONS CIRCONSCRITES

FOYERS D'HÉMORRHAGIE ET DE RAMOLLISSEMENT

La symptomatologie psychique des lésions circonscrites de l'encéphale doit être successivement étudiée dans l'*hémorrhagie en foyer,* et le *ramollissement*

[1] C. von Monakow. — Ueber den gegenwartigen Stand der Frage der Localisation im Grosshirn. — *Ergebnisse der Physiologie. I,* 1. *Jahrgang,* 1902.

localisé, d'origine embolique ou thrombosique. En effet, les tumeurs et les abcès, même solitaires, agissent sur l'encéphale par un mécanisme complexe, dont les effets diffus et l'action générale permettent d'assimiler ces lésions cérébrales circonscrites à de véritables encéphalopathies diffuses.

Toutes les lésions circonscrites de l'encéphale comportent, quelle que soit leur nature, deux ordres de symptômes, plus ou moins manifestes suivant les cas: les *symptômes diffus,* indicateurs de l'existence de la lésion, et les *symptômes de foyer,* indicateurs du siège de cette lésion. Les troubles psychiques appartiennent par essence aux symptômes diffus, et ne sont presque jamais utiles pour la localisation des lésions. On peut seulement dire, et d'une manière très générale, qu'ils prédominent dans les altérations du cerveau antérieur, particulièrement des lobes frontaux, et dans les affections du corps calleux; enfin, qu'ils sont à peu près proportionnels, dans leur gravité et leur profondeur, à l'étendue et à l'intensité des lésions destructives de la corticalité (foyers de ramollissement, kystes hydatiques, syphilomes, néoplasies multiples). Dans ces derniers cas, ils se traduisent principalement par une diminution générale et progressive de l'ensemble des facultés mentales.

Les troubles psychiques d'origine organique, si l'on tient compte de leurs nuances les plus légères, de leurs variétés les plus subtiles, sont, en général, *précoces dans leur apparition*, par rapport aux manifestations motrices et sensitives. *La psychicité est, en effet, dans l'ordre des fonctions corticales, un réactif bien supérieur à la motricité et à la sensibilité.* Seulement les manifestations morbides précoces et légères qui traduisent le début de son atteinte, sont d'ordre trop délicat pour être remarquées par l'entourage ; et ce n'est que par l'analyse rétrospective qu'on arrive à établir la réalité et souvent la priorité de ces nuances psycho-pathologiques initiales. Ces troubles psychopathiques figurent donc souvent *dans les prodromes des lésions organiques de l'encéphale.* Mais, comme, dans les périodes préparatoires, durant lesquelles s'organisent les lésions vasculaires qui aboutissent à l'hémorrhagie ou au ramollissement par thrombose, ces prodromes psychiques sont l'expression de troubles circulatoires dus à des artériopathies subaiguës ou chroniques; j'en remets l'étude au chapitre des symptômes psychiques dus aux lésions diffuses de l'encéphale.

Lorsque l'hémorrhagie ou le ramollissement se produisent, l'*ictus apoplectique* révèle brusquement la situation. Cet ictus, depuis un simple *étourdissement* passager jusqu'à l'*apoplexie dite foudroyante,* affecte tous les degrés de soudaineté et d'intensité. L'attaque apoplectique, perte subite du mouvement, de la sensibilité et de l'intelligence, suivant l'antique définition de Galien, équivaut à la brusque suppression des fonctions de relation. Boerhaave[1] en a donné une excellente définition analytique, dans les lignes suivantes : *Apoplexia dicitur adesse, quando repente actio quinque sensuum externorum*

[1] Boerhaave. Cité par Brouardel. Article du *Dictionnaire encyclop.* et par Achard. *Thèse Paris,* 1887 et article Apoplexie et Coma, du *Traité Brouardel-Gilbert,* t. VIII, 1901.

tum internorum, omnesque motus voluntarii abolentur, superstite pulsu plerumque forti, et respiratione difficili, magna, stertente, una cum imagine profundi perpetuique somni. » Au stade apoplectique succède le *coma* avec tous ses degrés de profondeur que les Anciens avaient échelonné de l'*assoupissement,* degré le plus léger, en passant successivement par les états de *somnolence,* de *sopor,* de *cataphore* et de *coma,* jusqu'au *carus,* degré le plus profond de toute cette série pathologique.

La période comateuse dure, suivant les cas, de quelques minutes à quelques jours, en général plusieurs heures; et elle se termine soit par la mort en état de convulsions et d'hyperthermie, ou, au contraire, d'hypothermie ; soit par le retour progressif de la conscience et des fonctions sensitivo-motrices du côté non paralysé. Une intéressante variété d'évolution de l'apoplexie est celle que l'on a qualifié d'*apoplexie progressive* (*ingravescent apoplexy*), dans laquelle le coma ne s'établit qu'en plusieurs jours, parfois plusieurs semaines, à travers une série de périodes alternantes de somnolence et de réveil incomplet, et d'apparition irrégulièrement progressive d'accidents paralytiques du côté intéressé. Au cours de cette apoplexie progressive, se manifestent des troubles psychiques : obtusion croissante de l'intelligence, hébétude, rêvasseries, agitation nocturne, crises de sommeil comateux, parfois suivies de périodes transitoires de lucidité ; puis le coma définitif s'établit et la mort survient.

La caractéristique psychique de ces états comateux postapoplectiques, symptomatiques de foyers cérébraux d'hémorrhagie ou de ramollissement, est l'abolition plus ou moins complète de la conscience, la persistance des fonctions végétatives, souvent des fonctions réflexes inférieures et même d'un certain degré d'automatisme, le malade réagissant à quelques excitations par des actes coordonnés; et l'absence, au réveil, de toute notion des faits relatifs à cette période.

Tous les degrés intermédiaires existent entre le coma profond et prolongé et ces petits accès d'étourdissement passager, accompagnés de conscience, dans lesquels le malade assiste à son attaque et à l'établissement de sa paralysie.

Une autre variété de coma, plus rare, mais intéressante au point de vue mental, est celle qu'on a qualifiée de *coma vigil* ou *coma agrypnode.* Cet état est caractérisé par un mélange de sommeil comateux et d'activité psychique délirante, à caractère onirique, sans rapport, en général, avec le monde extérieur auquel reste indifférent le malade, plongé dans un état mixte de stupeur, d'inconscience et de rêve, avec crises intermittentes d'agitation et de loquacité. Ces états se succèdent les uns aux autres, jusqu'à l'établissement final d'un coma stertoreux mortel, ou au contraire jusqu'au réveil de la conscience, avec amnésie de la période antérieure.

Les théories les plus anciennes et les plus nombreuses, ont été proposées pour expliquer le *mécanisme pathogénique de l'ictus apoplectique et du coma.* Il n'entre pas dans le plan d'une étude purement psychiatrique, d'analyser les différentes théories de la compression, de la congestion, de l'anémie cérébrales, des oscillations du liquide céphalo-rachidien, de l'intoxication

cellulaire, de l'inhibition paralytique à distance (étonnement cérébral de Trousseau, névrolysie de Jaccoud, etc.), successivement invoquées par les physiologistes et les médecins. Plus récemment, on a proposé d'appliquer à l'interprétation de l'apoplexie, la théorie de l'amiboïsme des neurones (Mathias Duval et Lépine). Binet-Sanglé [1] a exposé une série d'ingénieuses hypothèses, destinées à rendre compte, avec la théorie de la rétraction et de la désarticulation des neurones corticaux, sous-corticaux, médullaires et bulbaires, des différents modes et degrés de l'apoplexie.

En somme, *nous ne connaissons rien du mécanisme intime des accidents apoplectiques,* et nous ignorons quelle peut être la cause supérieure, générale, qui préside, dans des occasions pathologiques si différentes et si peu comparables, à cet anéantissement soudain, brusque, massif et, le plus souvent, temporaire de la cérébration corticale, qui caractérise l'ictus apoplectique.

Affaiblissement démentiel. — Sorti du coma apoplectique ou remis de l'ictus initial, le malade récupère successivement les fonctions momentanément suspendues, d'abord dans le domaine de la sensibilité, puis dans celui de la motilité, enfin dans celui des fonctions psychiques inférieures et supérieures. Dans la sphère motrice, le rétablissement fonctionnel est manifestement incomplet, puisque le malade reste hémiplégique ou monoplégique, avec ou sans aphasie ou dysarthrie ; dans la sphère mentale, au contraire, au moins dans les cas légers et moyens le malade semble souvent, à un examen superficiel, récupérer l'intégrité de ses fonctions. Cependant, un examen un peu approfondi montre que le rétablissement psychique n'est pas intégral.

L'objectivité des phénomènes de paralysie musculaire, la facile comparaison de l'énergie dynamométrique des deux côtés, permettent, en effet, une constatation et une mesure aisées du déficit moteur; au contraire, l'appréciation du déficit intellectuel comporte plus de difficultés ; aussi, en général, on ne mesure pas à leur véritable valeur les altérations quantitatives et qualitatives des facultés psychiques, dans le syndrome complexe des hémiplégies cérébrales organiques.

L'altération des facultés mentales est surtout d'ordre *quantitatif,* et se caractérise, en général, par un *affaiblissement plus ou moins considérable et inégalement réparti de l'ensemble des facultés psychiques.* Cet affaiblissement porte sur les fonctions *sensorielles ;* sur les facultés *intellectuelles* (perception, attention, rétention, association, réflexion) et sur les facultés *affectives, morales* et *volontaires.* Il se révèle donc par une diminution de rapidité, de netteté et de profondeur dans la perception des images, par une diminution d'acuité et de persévérance dans l'attention (aprosexie). Cette aprosexie porte surtout sur l'*attention volontaire et consciente :* car l'attention automatique du domaine instinctif, relative à la conservation immédiate de l'individu, reste relativement indemne.

[1] Ch. Binet-Sanglé. Physiologie pathologique de l'attaque d'apoplexie. *Revue neurologique,* 15 mars 1901.

De cette atteinte du pouvoir de perception et d'attention, résulte un notable amoindrissement dans la première des conditions de la mémoire, dans la fixation des images et l'organisation des concepts. Les autres éléments de la mémoire, conservation, reproduction, localisation et reconnaissance, sont également altérés. Cette altération porte inégalement sur les diverses sphères sensorielles; et, dans chacune d'elles, sur tel ou tel système de souvenirs, sur tel ou tel complexus psychique. La *dissociation psychologique élective,* opérée par l'atteinte morbide est d'ordre infiniment subtil. Elle étonne dans certains cas, par le caprice étrange de ses coups ; et, dans d'autres occasions, par le caractère systématique extraordinaire de ses déterminations. L'*amnésie* porte, en effet, tantôt sur des périodes plus ou moins longues de la vie, antérieures ou postérieures à l'ictus (*amnésie rétro ou antérograde*), tantôt sur des groupes partiels de souvenirs électifs (la musique, une langue étrangère, etc.) : ce sont là des *amnésies partielles systématiques ;* tantôt sur des systèmes cohérents d'images et de concepts, relatifs à l'individualité personnelle du malade, à son identité, à telle ou telle fonction exercée, tel ou tel voyage effectué, constituant ainsi des *amnésies partielles de la personnalité.* De cette dissection psychologique, opérée par la maladie dans la synthèse mentale, résultent des lacunes systématiques, dans le champ de la mémoire et de la conscience, analogues à celles que réalise momentanément, chez les hystériques, la suggestion.

L'individualité de ces *scotomes psychologiques,* électifs et persistants, contraste avec l'intégrité du reste des souvenirs conscients, et pose un des problèmes les plus curieux de l'étude de la mémoire et de la constitution de la personnalité.

La diminution de la mémoire porte principalement sur la conservation et la reproduction des souvenirs récents. Les souvenirs anciens résistent beaucoup mieux et l'évocation du passé est d'autant plus rapide et plus fidèle qu'elle porte sur une période plus reculée : grâce à l'effacement des images plus tardivement acquises, les souvenirs d'enfance et de jeunesse revivent avec une netteté singulière et un luxe de détails d'une précision et d'une richesse surprenantes. La *loi de régression de la mémoire,* bien mise en lumière par Ribot, se vérifie donc ici pleinement ; avec cette différence que au lieu de suivre, dans son involution parallèle, les lents progrès de la démence sénile, la régression de la mémoire se réalise rapidement sur un cerveau, dont une lésion soudaine, mais depuis longtemps préparée, fait brusquement déchoir la vitalité générale et les aptitudes fonctionnelles.

La localisation et la reconnaissance des souvenirs sont également moins faciles et parfois impossibles.

Il résulte de l'immense variété de ces amnésies, que l'atteinte de la mémoire chez les cérébraux organiques à lésions circonscrites, est constante, et qu'elle offre, chez chaque malade, d'infinies variétés dans son intensité, sa durée, et surtout dans sa forme et ses modalités individuelles. Cette atteinte de la mémoire, préside souvent, comme nous le verrons, à l'organisation de certaines idées délirantes des hémiplégiques démentiels.

De l'atteinte, également constante, des facultés d'association, de combinaison et de réflexion des images et des concepts, résulte l'*appauvrissement du jeu de l'imagination*, la *diminution du pouvoir de comparaison et de contrôle* et l'*affaiblissement du jugement et de la critique*.

Au milieu de cette déchéance inégale, partielle, d'ailleurs souvent légère, de l'ensemble des facultés intellectuelles, la *conscience* est généralement sinon intacte, au moins en grande partie conservée. Les malades se rendent compte de leur état, déplorent leur affaiblissement psychique, et apprécient, souvent avec justesse, par comparaison avec leur situation antérieure, leur déchéance intellectuelle. Cette *conservation relative de la conscience de l'affaiblissement psychique* est une des caractéristiques de l'état mental des cérébraux à lésions circonscrites, particulièrement des hémiplégiques par foyers hémorrhagiques.

L'*atteinte des facultés morales et affectives* est constante. Le caractère subit de fâcheuses modifications : les malades deviennent irritables, hargneux, d'un commerce difficile; ils se montrent méchants, ingrats et égoïstes. Leurs exigences capricieuses doivent être aussitôt satisfaites : ils se fâchent et se mettent en colère. Dans une autre série de cas, les malades, indifférents et apathiques, taciturnes, moroses, se renferment dans une attitude boudeuse mélancolique; ils sont sujets à des crises de pleurs fréquentes et se montrent d'une extrême sensiblerie. Ces deux variétés de troubles du caractère relèvent de l'*exagération de l'émotivité*, avec irritabilité et réactions agressives chez les premiers, dépression et attitude mélancolique, négativisme, chez les seconds. Chez tous, on observe de la *sensiblerie*, avec *tendance aux pleurs* et plus rarement *au rire* ; ces pleurs et ces rires sont ici le produit direct et la légitime expression de l'*hypotonie psychique*, et ne doivent pas être confondus, encore que souvent la distinction soit délicate à établir, avec les accès de rire et de pleurer spasmodiques.

Dans d'autres cas, plus rares, les malades sont apathiques et absolument calmes, sans réaction émotive : ils se montrent contents des choses, n'expriment aucun désir, aucun regret, aucune plainte. Cet état d'*atonie psychique* est d'ailleurs parfois accidenté de crises d'irritabilité ou de dépression avec pleurs faciles, qui contrastent avec l'anesthésie auparavant manifestée.

Les facultés *affectives, morales et volontaires* sont très souvent *abaissées*, parfois *perverties*. Les malades, devenus égoïstes, imposent tous les sacrifices à leur entourage, sans en manifester de reconnaissance : ils se montrent indifférents, parfois même hostiles à leurs proches et à leurs amis. P. Marie pense qu'il y a peut-être lieu, à ce propos, d'établir entre les malades d'hôpital et ceux de la ville une distinction : il est certain que les hémiplégiques de la seconde catégorie ont infiniment plus mauvais caractère que ceux des établissements hospitaliers[1]. Cette remarque, à laquelle tous les médecins d'hospices et d'asiles souscriront, est fort juste, et souligne avec bonheur la

[1] P. Marie. Article Hémiplégie. *Traité de Médecine Brouardel-Gilbert*, t. VIII, 1901.

grande influence exercée sur le moral et la conduite des psychopathes, en général, par le milieu où ils vivent.

Le sens moral s'oblitère et se pervertit : certains de ces malades commettent en paroles et en actes des inconvenances, des attentats à la pudeur : dans d'autres cas, des indélicatesses, des larcins. L'*intérêt médico-légal de ce faits* est attesté par de nombreuses observations.

Enfin, l'énergie de la volonté subit, surtout dans les formes dépressives et apathiques, une diminution, proportionnelle à l'hypotonie affective et morale, qui mesure la déchéance du caractère et de la personnalité du sujet. Cette *atteinte de la volonté* contraste souvent avec l'*entêtement* que manifestent, par crises paroxystiques, les malades, à propos des menus faits de leur vie pratique, et de leurs exigences les moins justifiées. Ce contraste n'est d'ailleurs qu'apparent : car l'entêtement, cette « disposition bizarre, compliquée et puérile, cette alternative de faiblesse et de violence » (Dugas [1]) n'est qu'une conséquence et une manifestation du déséquilibre de la volonté, celle-ci est diminuée (*hypoboulie*) et pervertie (*paraboulie*) : cette altération de la volonté, combinée à la diminution de l'intelligence et aux troubles de l'émotivité et de l'affectivité, aboutit aux troubles du caractère et aux désordres de la conduite.

En somme, les altérations générales des fonctions intellectuelles, affectives, morales et volontaires, des cérébraux organiques circonscrits, se résument dans une *diminution inconstante, inégale et lacunaire, de l'intelligence,* la *conservation relative de la conscience*, un *affaiblissement* et souvent une *perversion de la moralité et de la volonté*, et un *abaissement du ton affectif*, qui se traduit par de l'*irritabilité*, de la *sensiblerie,* et des *troubles variables du caractère.*

Ces altérations sont proportionnelles, en général, dans leur intensité et leur persistance, à l'étendue de la lésion, à la portion plus ou moins considérable de l'écorce intéressée par elle, à l'âge du cerveau malade, enfin à l'importance de la prédisposition psychopathique, relevant elle-même des tares héréditaires ou acquises, et des associations morbides présentées par le sujet. Ces troubles psychiques affectent donc tous les degrés de gravité. Dans une série de cas assez nombreux, ils sont tellement minimes qu'ils passent, aux yeux de l'entourage, presque inaperçus, et ne se révèlent qu'à un examen répété et approfondi. Ils s'exagèrent, en général, avec le temps, et surtout à l'occasion des nouveaux ictus, symptomatiques des lésions en foyer successives, qui se produisent au cours des artériopathies chroniques de l'encéphale.

Dans les cas relativement rares, où la lésion initiale, limitée à un petit foyer central, reste unique et ne s'accompagne pas de dégénérescences vasculaires étendues dans le réseau circulatoire cérébral, le retentissement psychique de l'affection organique peut être nul, et le *fonctionnement intellectuel peut demeurer intact.* Le classique et extraordinaire exemple de

[1] Dugas. L'entêtement, *Revue philos.*, juin 1901.

Pasteur prouve même qu'une lésion cérébrale circonscrite, capable de déterminer une hémiplégie motrice, peut permettre l'exercice continu et le développement prolongé des plus hautes qualités de l'intelligence.

Outre ces altérations fondamentales, d'ordre diminutif, de la mentalité, les cérébraux organiques circonscrits peuvent présenter d'autres troubles, d'ordre hallucinatoire et vésanique, et offrir ainsi à l'observation un ensemble assez complexe de symptômes démentiels, hallucinatoires et délirants, avec dépression ou excitation, greffés sur les éléments somatiques de l'hémiplégie organique.

Excitation et dépression. — Les états psychopathiques, secondaires aux lésions circonscrites d'origine vasculaire de l'encéphale, s'accompagnent le plus souvent soit d'excitation et même d'agitation, soit de dépression. Ces modifications pathologiques du ton normal de l'activité psychique suivent, en général, de près l'ictus, et se manifestent, le plus souvent, par de l'*excitation maniaque* avec ou sans idées délirantes ; cette excitation, non continue, mais irrégulièrement intermittente, à paroxysmes vespéraux et nocturnes (Durand-Fardel, Marcé, Lwoff) se traduit par des actes incohérents, absurdes, manifestement démentiels, et résultant de la mise en jeu d'un *automatisme cérébral inconscient, incoordonné,* à tendances nuisibles et destructives ; le malade ne dort pas, pousse des cris, profère des injures, des jurons; se lève, rôde comme un somnambule et se promène tout nu, bouleverse les objets et les meubles, urine n'importe où, défait son lit, salit ou déchire ses draps et ses couvertures, met le feu à ses rideaux; et se sauve, parfois en chemise, dans une fugue subite, souvent assez loin de son domicile. Ce sont là des formes de *démence agitée*, qui nécessitent, surtout la nuit, une surveillance continue de malades qui sont souvent, durant le jour, assez tranquilles.

Dans d'autres cas, d'allure inverse, le malade est déprimé, triste, silencieux, immobile, parfois sitiophobe. C'est la *démence apathique,* plus rare que la forme précédente. Moins fréquemment encore, on observe l'alternance irrégulière des deux états d'excitation et de dépression, le passage de l'apathie immobile et silencieuse à l'agitation bruyante et incohérente, avec délire des actes : c'est là une forme de *démence organique à tendances circulaires* plus ou moins nettes.

Quelle que soit d'ailleurs la forme sous laquelle se manifeste, dans l'habitus et la conduite des malades, la démence organique, les caractères constants qui la distinguent sont l'irrégularité, l'incohérence, le mélange ou la succession, enfin l'évolution inégalement progressive, de ces *états d'excitation* et de *dépression.*

Hallucinations. — Les troubles sensoriels, surtout de la vue et de l'ouïe, parfois de la sensibilité générale, plus rarement du goût et de l'odorat, accidentent assez souvent l'évolution des états psychopathiques d'origine organique circonscrite. Les malades voient des fantômes, des animaux, des assassins; des formes indécises, terrifiantes; ils entendent des injures, des termes

obscènes ou grossiers ; ils sentent des odeurs désagréables. Ils réagissent à ces hallucinations, et cherchent à se défendre, à se cacher, à fuir ; ils répondent et entretiennent des conversations, se mettent en colère, etc.

Les troubles hallucinatoires irréguliers et intermittents se produisent uniquement ou redoublent d'intensité le *soir* et la *nuit*. On voit combien, par leur forme, leur caractère surtout visuel, leur moment d'apparition, les réactions qu'elles provoquent, ces hallucinations se rapprochent de celles de l'*alcoolisme*. Très souvent, en effet, elles relèvent chez les cérébraux organiques, de cette intoxication ; chez ces malades, souvent indemnes antérieurement de tout symptôme éthylique notoire, la *lésion cérébrale*, en provoquant l'hallucination caractéristique, a *révélé l'intoxication latente*.

Certains malades présentent des *hallucinations auditives unilatérales*. Lwoff en a rapporté deux cas intéressants : l'hallucination, chez les deux malades, siégeait du même côté que l'hémiparésie motrice : l'absence d'autopsie, dans les deux cas, ne permet pas d'interpréter la pathogénie du trouble hallucinatoire hémiplégique homonyme.

L'intéressante question du *rapport des hallucinations avec le siège des lésions*, centrales ou périphériques, de l'appareil sensoriel intéressé, le problème de la pathogénie des *hallucinations unilatérales*, ont été fort bien exposés et discutés, dans une série d'études analytiques très pénétrantes, par Séglas[1], qui rapporte à ce propos les travaux de Régis[2], de Joffroy[3], de Pick[4], etc. Il ressort de ces études que ces hallucinations unilatérales ne résultent pas de l'excitation pathologique unilatérale de l'appareil sensoriel correspondant : mais bien d'une *série de facteurs* multiples (lésions sensorielles; sensations subjectives; état mental; associations du phénomène hallucinatoire avec un point de repère, somatique ou extérieur, etc.), qui impriment à l'hallucination une *orientation psychologique unilatérale*.

Une conséquence de ces hallucinations, apparaissant chez des malades affaiblis et agités, est de créer un état secondaire de confusion mentale[5], de désorientation, d'anxiété, de réactions impulsives de défense, qui constitue un *délire hallucinatoire* secondaire, assez complexe dans ses éléments, généralement aigu ou subaigu, intermittent, passager d'ailleurs, qui éclate seulement chez les prédisposés héréditaires, les dégénérés, les débiles et les alcooliques.

C'est sur les mêmes terrains que peuvent, à l'occasion des lésions cérébrales circonscrites, éclore et se développer les idées délirantes.

A. Bergé[6] a observé, chez un charretier alcoolique, mort d'hémorrhagie

[1] J. Séglas. Les hallucinations unilatérales. *Annales méd.-psychol.*, 1902. — Les hallucinations de l'ouïe, *Congrès de Nancy*, 1896. — Hallucinations psychiques, *Congrès de Psychologie*, 1900.

[2] Régis. Hallucinations unilatérales. *S. de Méd. de Bordeaux*, 1894. *Congrès de Nancy*, 1896.

[3] A. Joffroy. Hallucinations unilatérales. *Arch. de neurol.*, 1896.

[4] Pick. *Neurolog. Centralblatt.*, 1892.

[5] Vörster. Hémianopsie bilatérale, puis unilatérale. avec cécité psychique, hallucinations visuelles, confusion secondaire aiguë. *Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, t. XLIX.

[6] A. Bergé. Hémorrhagie cérébro-méningée de l'hémisphère gauche, *Communication orale*.

cérébro-méningée du lobe temporal gauche, le fait curieux d'une sorte de délire professionnel onirique, réveillé par le bruit des charrettes du dehors. Le malade, immobilisé dans un état continu de prostration et de torpeur, indifférent à tout, d'ailleurs sans paralysie ni aphasie, dès qu'une charrette passait dans la cour de l'hôpital, sautait hors de son lit, courait à la fenêtre, et là, dans un accès de délire de rêve, électivement provoqué par les bruits familiers de son métier, se mettait à exciter le cheval de la voix, à tempêter, etc., à revivre son activité professionnelle. La nécropsie démontra un foyer hémorrhagique gros comme une noix dans la substance blanche du lobe temporal gauche, communiquant, par une petite fissure de l'écorce, avec un foyer secondaire d'hémorrhagie méningée, qui s'étalait, en mince nappe sanguine sous-arachnoïdienne, à la surface de l'hémisphère gauche. L'alcoolisme antérieur jouait son rôle dans le syndrome du délire professionnel, éclos ici sous l'influence des bruits de charrette : mais on peut se demander, et c'est là le côté intéressant de cette observation, si le réveil si curieusement électif des accès d'onirisme hallucinatoire, n'était pas facilité par l'excitation pathologique du centre auditif commun et verbal, et l'éréthisme anormal des images auditives symboliques, au voisinage du foyer hémorrhagique.

Délires. — Je n'insisterai pas sur les diverses idées délirantes qu'on peut observer chez les cérébraux organiques circonscrits. Je renvoie pour l'étude du détail de celles-ci, à l'article de M. Séglas.

Ces idées délirantes ont les caractères généraux suivants : elles sont irrégulières et capricieuses dans leur apparition, le plus souvent incohérentes, illogiques, inconsistantes, absurdes et puériles dans leur teneur et leur suite, décousues, souvent enfantines dans leur expression, multiples et mobiles dans leur évolution. Comme les délires de la paralysie générale, elles portent le cachet démentiel de leur origine : mais elles évoluent, la plupart du temps, sur un terrain dont l'affaiblissement psychique est inégal, non global et moins rapidement progressif. Aussi, en de certains cas, arrivent-elles à se grouper en des systèmes assez cohérents dans leur durée et leur tenue, pour simuler quelque peu l'enchaînement logique de certains délires systématisés secondaires. Mais, même en pareille occurrence, il est facile de se rendre compte que ces délires n'ont pas de véritables racines dans la constitution psychique du malade ; qu'il s'agit de systèmes d'idées délirantes superficielles, tardivement écloses, foncièrement étrangères à la personnalité des sujets, et accidentellement greffées, sous l'influence de la prédisposition héréditaire ou acquise, sur une mentalité affaiblie et déséquilibrée par la lésion organique causale.

Journiac[1] a publié un cas intéressant de délire mélancolique avec impulsions suicides et homicides, développé chez un héréditaire, déséquilibré, comme seule expression clinique d'une hémorrhagie du noyau lenticulaire droit, sans lésion de la capsule interne. Magnan[2] fit remarquer à cette occa-

[1] Journiac. *Société médico-psycholog.*, 1891.
[2] Magnan. *Ibid.*, 1891.

sion le rôle étiologique de la dégénérescence mentale, dans l'éclosion des accidents psychiques, chez ce prédisposé.

Dans d'autres cas, d'ailleurs exceptionnels, des sujets, à hérédité chargée, et ayant eux-mêmes présenté des accidents vésaniques durables, peuvent être atteints à un âge avancé, de lésions cérébrales, avec hémiplégie spasmodique, et offrir, à la suite de cette lésion, une amélioration manifeste de leurs idées délirantes. Lwoff a cité dans son mémoire (IVe observation) un intéressant exemple de cet effet paradoxal d'une hémiplégie organique par hémorrhagie ou ramollissement, sur l'état mental d'une dégénérée, ancienne persécutée, et guérie de son délire, dont elle conservait le souvenir et appréciait le caractère morbide, dans les quelques mois qui suivirent l'ictus.

On voit par là l'indépendance relative des lésions cérébrales et des troubles psychiques, dans les cas où les deux ordres de faits, quoique associés sur le même terrain, ne se trouvent pas liés l'un à l'autre par des rapports de cause à effet. Il n'existe souvent, en réalité, entre le trouble psychique et la lésion cérébrale, que de simples relations d'influence réciproque indirecte parfois seulement de pure coexistence.

Les idées délirantes les plus communes, chez les hémiplégiques organiques, sont les *idées de persécution ;* celles-ci ne représentent parfois que l'exagération morbide de la méfiance naturelle des malades : les défauts du caractère antérieur des sujets s'amplifient et se développent sur le terrain psychique ébranlé et désormais insuffisant à les contenir. Dans d'autres cas, les *idées de persécution sont d'origine amnésique ;* les malades oublient le lieu et le compte de leurs objets, de leur argent, s'imaginent qu'on leur dérobe, qu'on leur cache leur avoir ; qu'on leur refuse la nourriture, qu'on les prive exprès de sommeil, etc. Ils accusent alors leur entourage, leurs proches, de méfaits qui ne sont imputables qu'aux défaillances inconscientes de la mémoire, à l'irritabilité du caractère, et à la tendance aux interprétations malignes émanées du jugement affaibli de ces malades.

Dans une autre série de cas, surtout chez les intoxiqués, principalement les alcooliques, les *idées de persécution sont secondaires aux hallucinations pénibles* qui tourmentent les malades, et sont l'origine, grâce à la confusion des idées et à l'affaiblissement de l'intelligence, d'erreurs de jugement et d'interprétations délirantes plus ou moins tenaces et systématiques.

Les *idées mélancoliques* peuvent se développer sur le fond de dépression psychique de certains hémiplégiques. Aux idées de ruine, de désespoir, de culpabilité, s'ajoutent des *idées et tentatives de suicide*, qu'il faut prévoir et prévenir.

La fréquence de ces états mélancoliques au cours des encéphalopathies vasculaires chroniques, chez les gens âgés, a été invoquée par Krœpelin [1] pour rattacher certaines formes de *mélancolie* à l'*involution présénile ou sénile du cortex* (Capgras [2]).

[1] Krœpelin. Lehrbuch der Psychiatrie, 1899.

[2] Capgras. Essai de réduction de la mélancolie à une psychose d'involution présénile. *Th.* Paris, 1900.

Les *idées hypochondriaques*, moins fréquentes, présentent comme les idées de persécution, un caractère démentiel notoire, et se manifestent par des plaintes monotones, des gémissements, des litanies larmoyantes de réclamations et d'appels à la pitié. Dans d'autres cas, on observe des *idées de négation,* d'origine amnésique chez le vieillard, ou d'origine cénesthésique.

Les *idées de satisfaction et de grandeur*, moins fréquentes, chez les hémiplégiques organiques, que les idées de persécution, ont été d'abord signalées par Durand-Fardel, Calmeil, Foville, Baillarger, et, depuis, par beaucoup d'auteurs : Lwoff en rapporte plusieurs observations. Généralement superficielles, mobiles, inconsistantes, elles sont en relation directe avec le degré plus ou moins marqué de démence des malades : Marcé en rapportait l'origine à des lésions diffuses du cortex, à un travail morbide analogue à celui de la paralysie générale. Parfois elles revêtent un caractère plus continu, plus systématique et s'élève jusqu'à l'organisation d'un véritable *délire ambitieux.* Enfin, il faut signaler l'apparition inconstante, chez les mêmes malades, d'*idées érotiques,* avec sentiment de *jalousie* morbide, surtout chez les alcooliques, ou avec *tendance aux actes obscènes,* aux attouchements, à l'*exhibitionnisme,* principalement chez les vieillards : cette excitation érotique, qui porte sur les idées et les actes, s'accompagne presque toujours d'*impuissance génitale.*

On peut observer aussi, dans le cours de l'hémiplégie organique, des *idées religieuses* principalement chez les sujets à caractère mystique, ou à convictions religieuses. Ces idées sont mélangées, en général, à des idées de grandeur ou des idées mélancoliques, avec craintes de damnation et anxiété.

Dans le cours des démences organiques secondaires, peut aussi s'observer du *délire métabolique,* ou de transformation de la personnalité, associé souvent à des idées de négation, et du *délire palingnostique,* ou de fausse reconnaissance. Ces perturbations si curieuses de la mentalité trahissent, chez les cérébraux organiques circonscrits, à la fois des troubles profonds de la cénesthésie et une déchéance démentielle avancée.

Confusion mentale. — Outre la démence, les troubles du caractère et de l'émotivité, les hallucinations et les délires, les cérébraux organiques à lésions circonscrites peuvent présenter, temporairement, soit à la suite de la commotion encéphalique due à l'ictus apoplectique, soit sous l'influence intercurrente d'intoxications d'origine externe ou interne, d'insuffisances viscérales, hépatique ou rénale, soit à la suite de toxi-infections accidentelles (grippe, pneumonie, gastro-entérites, infections urinaires, etc.) des états subaigus plus ou moins durables de *confusion mentale*, avec désorientation dans le temps et l'espace, égarement du facies, étonnement du regard, et, suivant la réaction émotive du sujet, une expression d'ahurissement, d'hébétude ou d'anxiété.

A ce syndrome s'ajoute parfois, dans les cas d'insuffisance hépatique ou rénale, de la *catatonie* plus ou moins marquée, du *méningisme,* et un *état*

général somatique (tube digestif, urines, fièvre ou hypothermie, etc.) qui ne laisse pas de doute sur la nature toxi-infectieuse des accidents. Ceux-ci, nullement propres aux cérébraux organiques, s'observent seulement avec plus de fréquence chez les athéromateux et les hémiplégiques par lésions vasculaires, en raison de la moindre résistance du cerveau compromis dans sa nutrition et déchu dans sa vitalité.

II. — TROUBLES PSYCHIQUES DANS LES ENCÉPHALOPATHIES A LÉSIONS CIRCONSCRITES MULTIPLES

Il nous faut passer en revue, sous ce titre, la psychoséméiologie des foyers *multiples d'hémorrhagie ou de ramollissement de l'encéphale,* des *déterminations cérébrales localisées* de la *syphilis*, de la *tuberculose, etc.* Je renvoie aux chapitres suivants, l'étude des troubles psychiques du tabes, de la sclérose en plaques, etc., des abcès, des tumeurs, etc., qui, par leur symptomatologie, sont plutôt des lésions diffuses que des lésions circonscrites.

Afin d'éviter les redites, je me dispenserai de revenir sur l'exposition des symptômes décrits dans le précédent chapitre, et ne signalerai que les troubles psychiques révélateurs de lésions multiples, et non encore étudiés. Parmi ces derniers, il faut insister sur certains *troubles du langage,* qu'on rencontre, à la vérité, dans les encéphalopathies à lésions solitaires, mais qui apparaissent bien plus fréquemment au cours des affections cérébrales chroniques atteignant, généralement en des points symétriques, les deux hémisphères, et déterminant des *aphasies* et des *dysarthries* complexes, dont l'étude rentre, au moins au point de vue de l'interprétation des phénomènes, dans le domaine de la psychopathologie. Au même titre, doivent être étudiés, chez les mêmes malades, les *troubles de la mimique,* les *pleurs et rires spasmodiques*, qui font partie du tableau clinique de ces encéphalopathies à lésions multiples.

Il nous faudra signaler aussi les troubles du symbolisme de l'activité sensorielle (*troubles du jugement stéréognostique, agnosies, cécité et surdité psychiques*) qui résultent des obstacles apportés par les lésions à l'activité d'association des centres sensoriels.

Enfin, outre les troubles du langage intérieur et extérieur, de la psychoréflectivité et du symbolisme sensoriel, ces malades peuvent présenter certains accidents épisodiques, d'ordre *hystérique, neurasthénique*, ou *phobique,* intéressant les fonctions de l'équilibre, de la station, de la marche, ou les fonctions végétatives, qui rentrent évidemment dans le domaine de la psychopathologie.

Les malades atteints de lésions cérébrales vasculaires multiples (foyers d'hémorrhagie, de sclérose, de ramollissement, de désintégration lacunaire ; néoplasies syphilitiques, tumeurs ou abcès multiples) sont, comme les por-

teurs de lésions circonscrites solitaires, exposés à toute la série des troubles psychiques précédemment étudiés (troubles démentiels, émotifs, hallucinatoires, délirants, etc.) ; et, d'une façon générale, on peut dire que la précocité et l'intensité de ces désordres psychiques sont proportionnelles à l'étendue et à la profondeur des lésions encéphaliques, surtout des altérations corticales.

Les *encéphalopathies à lésions multiples,* qu'elles soient d'origine artérielle, ou de nature syphilitique ou néoplasique, n'arrivent généralement à se constituer, dans leur complexité anatomo-clinique, que par la *formation successive,* à intervalles assez rapprochés, de *foyers lésionnels similaires*, ordonnés le long des vaisseaux, dans des régions souvent *symétriques* et dont l'apparition intermittente se traduit cliniquement par des *ictus* variés, apoplectiques, paralytiques, aphasiques, vertigineux, etc. Chacun de ces ictus est suivi d'une aggravation de l'état cérébral antérieur, et marque une étape de plus, sur la voie de la déchéance démentielle. L'*affaiblissement psychique* s'accentue ainsi, en plusieurs années, par progrès inégaux, en une *involution saccadée,* à peu près parallèle aux atteintes de la motricité des membres, de la mimique faciale, et des organes de l'articulation, de la mastication et de la déglutition. Mais si, au cours de l'histoire du *syndrome pseudo-bulbaire,* l'affaiblissement psychique se montre à peu près parallèle, dans son évolution, à celle des accidents paralytiques, cet affaiblissement est fort loin d'être égal ou proportionnel à l'intensité des accidents paralytiques : l'analyse clinique démontre que, chez les pseudo-bulbaires, la démence est presque toujours beaucoup moins profonde et moins avancée que la paralysie. Ce contraste, d'appréciation parfois malaisée, à cause des troubles psycho-réflexes de la mimique et de l'exagération de l'émotivité, s'explique naturellement par l'*intégrité relative de l'écorce,* et la *topographie centrale* des foyers morbides.

Lorsque les lésions vasculaires multiples prédominent au niveau de l'écorce, les troubles démentiels, avec excitation ou dépression, dominent le tableau clinique.

On observe fréquemment, en pareil cas, des accès d'agitation, à début assez brusque, avec incohérence extrême des idées, des gestes, des actes ; un état chaotique, avec hallucinations, surtout chez les alcooliques, insomnie, anorexie, céphalée, élévation de la température : ces accès d'agitation durent peu, de quelques heures à quelques jours ; et laissent à leur suite un affaiblissement intellectuel progressif qui aboutit parfois à la démence complète. Charon[1] a publié six observations de ce genre.

Le même auteur[2] a observé, chez une vésanique chronique, morte de rupture du cœur, un ramollissement récent du lobe droit du cervelet, auquel il attribue, d'après les théories de Luciani sur le rôle sthénique et tonique du

[1] Charon. Foyers de ramollissement cérébral et troubles psychiques. *Arch. de Neurologie,* décembre 1899.

[2] Charon. *Archives de Neurologie*, 1896.

cervelet, une influence pathogène dans le déterminisme des accidents ultimes d'apathie et d'inertie présentés par la malade.

Je vais maintenant entrer dans l'étude des syndrômes psychopathologiques, à substratum localisé, qui apparaissent au cours des Encéphalopathies organiques.

Troubles du langage.

Par leur fréquence, leur variété, leurs intimes rapports avec les troubles psychiques, les désordres du langage occupent, dans la psychoséméiologie des encéphalopathies organiques, une place de première importance. L'étude de ces troubles du langage présente un haut intérêt non seulement d'ordre théorique, au point de vue des *rapports du langage et de la mimique avec l'activité psychique supérieure*, mais encore une grande utilité pratique, aux différents points de vue du *diagnostic*, du *pronostic*, de la *conduite de l'entourage* vis-à-vis des malades ; enfin et surtout, au point de vue des *applications médico-légales* relatives à l'*interdiction* et aux *actes testamentaires* de ces malades.

Sans entrer ici dans l'histoire anatomo-clinique des aphasies[1], je me bornerai simplement à montrer la nécessité de distinguer les troubles de l'esprit de ceux du langage, et à indiquer les moyens assez simples d'établir cette distinction en clinique.

Il faut tout d'abord distinguer entre les *troubles du langage* ou *aphasies*, et les *troubles de la parole*, ou *dysarthries*. Les *aphasies*, généralement symptomatiques de lésions corticales ou juxtacorticales, simples ou complexes, pures ou associées, compromettent le jeu intérieur des images et des associations d'images verbales, et, surtout lorsqu'elles sont secondaires à des lésions corticales (aphasies vraies de Déjerine) détruisent l'intégrité du langage intérieur. Les *dysarthries* au contraire, généralement symptomatiques de lésions sous-corticales, capsulaires, ou bulbaires, laissent intact le mécanisme du langage intérieur et ne compromettent que l'expression articulée de celui-ci, c'est-à-dire la parole. L'*aphasie* motrice ou sensorielle, est un *trouble de la mémoire ou de l'association des images verbales* ; la *dysarthrie* est un *trouble de la projection neuro-musculaire et de l'expression articulée* de ces symboles verbaux : l'*aphasie, syndrome psychique*, est un *trouble du langage ;* la *dysarthrie, syndrome moteur,* un *trouble de la parole*.

Le diagnostic entre les troubles aphasiques et les troubles dysarthriques, en dehors des cas où ils sont associés, est assez facile : il réside dans le soigneux examen, visuel et auditif, de l'élocution du malade : dans l'analyse des

[1] Consulter pour cette étude :

Déjerine. Séméiologie du système nerveux. *Traité de pathologie générale de Bouchard*, t. VI, 1902.

Ballet. Article : Aphasie. *Traité de Brouardel-Gilbert*, t. IX, 1902.

Fernand Bernheim. De l'aphasie motrice. *Thèse* Paris, 1900.

Mirallié. De l'aphasie sensorielle. *Thèse* Paris, 1896.

troubles, paralytiques ou spasmodiques, de la musculature labio-linguale ; dans l'étude des modifications spontanées et provoquées de la prononciation, etc. On appréciera, durant cet examen, la *réaction du malade vis-à-vis de lui-même,* de son langage et de sa parole : on notera son indifférence ou son impatience, la conscience plus ou moins nette de ses défaillances amnésiques verbales ou de sa maladresse motrice d'élocution : la plupart du temps, les malades font d'eux-mêmes la distinction entre l'insuffisance de leur langage et la gène de leur parole : à ce point de vue, il existe une notable différence entre les clients de la ville et les malades d'hôpital : les personnes instruites et cultivées sont, en pareil cas, de précieux sujets d'observation, capables de fournir à leur médecin les renseignements les plus utiles et les remarques les plus intéressantes.

Dans la *dysarthrie sans aphasie* la parole est généralement lente, embarrassée, pâteuse ; le malade parle comme avec de la bouillie dans la bouche : l'articulation est indistincte et confuse. Trousseau avait déjà formellement distingué des aphasiques, les malades qui *bredouillent,* mais qui articulent le mot propre, dans leurs discours. Certaines dysarthries sont pathognomoniques : telles, celles de la paralysie générale, de la sclérose en plaques ; des affections bulbaires et pseudo-bulbaires. Lwoff a insisté sur la valeur diagnostique de l'*hémitremblement spasmodique des lèvres,* dans la dysarthrie des hémiplégiques, lorsqu'à la parésie faciale inférieure a succédé la contracture légère et souvent latente du côté malade.

Certaines lésions très limitées de la capsule interne peuvent provoquer une dysarthrie, un *bégaiement dysarthrique,* qui est bien un trouble purement moteur, et non aphasique, et qui rappelle de très près le bégaiement idiopathique vulgaire. Pitres[1] et son élève Abadie[2], ont bien mis en lumière cette modalité particulière des troubles de l'articulation, en rapport avec les lésions capsulaires.

Avec ces troubles purement dysarthriques, il ne faut pas confondre les troubles du langage décrits par A. Pick[3] (de Prague), et anciennement par Küssmaul[4], sous le nom de *bégaiement aphasique.* Ces troubles, qui ressortissent à l'aphasie, consistent dans la répétition incessante ou très fréquente que le malade fait du même mot ou de la même syllabe, ou de syllabes d'essence analogue. Il s'agit là d'une variété de *paraphasie* (*embolophasie* de Pitres ; *paraphasie syllabaire* de Ross ; *intoxication par le mot* ou la syllabe, de Gairdner).

Lorsque, chez un malade, on constate des troubles dysarthriques, il est

[1] Pitres. Les aphasies. *Rapport au Congrès de Lyon,* 1894.

[2] J. Abadie. Bégaiement dysarthrique par lésion limitée de la capsule interne. *La parole,* 6 juin 1902.

[3] A. Pick. Ueber das sogenannte aphasische stottern als Symptom verschiedenörtlich localisirter cerebraler Herdaffectionen. *Arch. f. Psych. u. Nervenkr.* Bd. XXII, 1899.

[4] Küssmaul. Les troubles de la Parole. *Trad. française,* 1884. Lire dans ce travail une intéressante analyse d'une observation de Cornil, publiée dans la *Gazette médicale de Paris* (1864).

indispensable de s'assurer si le sujet n'était pas, avant le début de l'encéphalopathie, plus ou moins *bègue*. On connaît la fréquence des défectuosités de l'articulation verbale chez les dégénérés, les débiles et les névropathes.

Dans l'*aphasie sans dysarthrie*, la parole est clairement articulée, nettement émise, mais le choix des mots est, suivant la variété en cause, lent, ou restreint, ou défectueux, ou malheureux : on constate de la paraphasie ou de la jargonaphasie ; de la verbosité ou au contraire la répétition monotone. mais distincte, de un ou plusieurs mots, seuls vestiges du vocabulaire effacé.

Dans une leçon restée classique, Brissaud[1] a bien établi la distinction qu'il convient de faire, dans le langage, entre l'*articulation* et l'*intonation*, et sur l'existence d'*aphasies d'articulation* et d'*aphasies d'intonation*. « Le langage ne consiste pas seulement en mots *articulés*..., il n'est pas seulement parlé, il est *chanté*. Une phrase articulée a toujours sa mélodie caractéristique..., et si jamais il a pu exister un langage universel que tous les hommes aient compris, c'est assurément celui qui réside dans les seules *modalités de l'intonation*. Les vocables varient, la musique phonétique reste la même. Le langage est une chanson articulée. On a eu tort de prétendre que l'intonation est un complément de l'articulation : c'est l'articulation qui est le complément de l'articulation. » Les aphasiques d'articulation qui ont conservé intact le langage d'intonation expriment leur pensée par l'émission de sons qui, par leur accent, leur modulation et leur rythme, composent une « romance sans paroles ». (Brissaud) dont le débit, dans sa parfaite adaptation aux nuances du sentiment et aux détails de la pensée, est d'une éloquence des plus expressives.

L'étude de ce langage d'intonation est fort importante pour l'aliéniste désireux d'apprécier l'état mental de l'aphasique. L'aphasie d'intonation n'est guère constatée seule ; et lorsqu'on la constate, il faut rechercher, chez le malade, les différentes variétés d'*amusie ;* pour l'étude détaillée de ce syndrome, je renvoie aux intéressantes monographies de Edgren[1] et de Probst[2]. La conservation intégrale du langage d'intonation, jointe à celle du langage mimique, caractérise surtout les aphasies pures, ou sous-corticales, les aphasies corticales à lésions assez limitées : en un mot les aphasies conciliables avec le minimum de troubles psychiques.

Les exemples cliniques abondent de la dissociation, dans le langage des aphasiques, de l'articulation, plus ou moins atteinte, parfois tout à fait abolie, et de l'intonation presque toujours demeurée intacte, et souvent affinée et multipliée dans ses ressources. On peut évoquer ici l'exemple célèbre de Baudelaire, mort d'hémiplégie droite avec aphasie, par ramollissement, et qui conserva jusqu'à la fin à peu près intacte sa grande intelligence et sa fine sensibilité, ainsi qu'en témoignent ses lettres et le récit des témoins de sa

[1] E. Brissaud. Sur l'aphasie d'articulation et l'aphasie d'intonation, à propos d'un cas d'aphasie motrice corticale sans agraphie. *Leç. sur les maladies nerveuses*, 1895.

[2] Edgren. L'amusie. *Deutsch Zeitschr. f. Nervenheilk.* Bd. VI, s. 1, 1894.

[3] Probst. Ueber die Lokalisation des Tonvermögens. *Archiv. f. Psych.* B. XXXII. Heft 2, 1899.

maladie et de son agonie. « Étrange ironie de la destinée ! Cet homme, qui avait peut-être, avec Théophile Gautier et Paul de Saint-Victor, le plus riche vocabulaire de la littérature contemporaine, fut condamné par la Providence à un mal qui consiste à perdre la mémoire des mots ». (*Charles Baudelaire, par A. de la Fizelière et G. Decaux.*) « Cet homme, atteint et convaincu, de son propre aveu, de lexicomanie, a passé les deux dernières années de son existence à ne plus savoir dire autre chose que *cré nom*. Bien que muet, et figé dans une immobilité navrante, il parvenait encore à se faire comprendre. Au plus fort de sa maladie, il s'entretenait, par l'intermédiaire d'un ami, avec son éditeur (Cabanès)[1]. Pousset-Malassis écrivait à Asselineau (*Vie de Baudelaire*, p. 97). « Il agit comme un *quasi-muet, qui ne pourrait articuler qu'un son, et qui tâcherait de se faire comprendre au moyen des variétés d'intonation* ».

Assez fréquemment, l'aphasie et la dysarthrie coïncident et participent inégalement à la constitution d'un syndrome mixte, où l'amnésie verbale et la dysarthrie motrice, difficiles à distinguer l'une de l'autre, rendent très délicates l'analyse psychologique et l'appréciation exacte du déficit intellectuel du sujet. Marie et Vigouroux[2], Comte[3] ont publié d'intéressantes observations de coexistence de dysarthrie et d'aphasie, chez des pseudo-bulbaires. En général, dans ces cas complexes, l'amoindrissement psychique est assez prononcé, et les progrès de l'affaiblissement démentiel ne tardent guère à confirmer la première impression, parfois hésitante, du médecin.

Cette première distinction établie entre l'aphasie et la dysarthrie, il est nécessaire, en cas d'aphasie, de distinguer la *nature, motrice ou sensorielle, du trouble aphasique*. A la vérité, les troubles du langage présentés par des cérébraux organiques à lésions multiples, sont presque toujours *complexes* ; on ne peut guère reconnaître que la prédominance de telle ou telle variété d'aphasie, avec association d'autres modalités cliniques, dans l'atteinte du langage.

L'aphasie motrice, lorsqu'elle est complète, sera facilement distinguée du *mutisme*, par l'étude de l'habitus, de l'attitude et des réactions du malade ; par les efforts d'expression qu'il exécute, par l'évolution et les concomitances du syndrome. L'*aphasie motrice pure*, secondaire à une lésion sous-corticale, est la variété d'aphasie qui s'accompagne du *minimum de troubles psychiques*: car elle ne compromet pas le langage intérieur et laisse intact le symbolisme sensoriel verbal, c'est-à-dire le réservoir d'images symboliques qui représentent les matériaux indispensables à l'exercice intégral de la pensée.

Une des caractéristiques de ces aphasies motrices pures, en dehors de

[1] Cabanès. Le sadisme chez Baudelaire. *Chronique médicale*, 15 novembre 1902. J'emprunte ces citations à l'intéressante étude de Cabanès sur la psychologie, la maladie et la mort du grand poète.

[2] Marie et Vigouroux. Paralysie pseudo-bulbaire. *Congrès de Marseille*, avril 1897.

[3] Comte. Des paralysies pseudo-bulbaires. *Thèse de Paris*, 1900. Consulter cet important travail pour l'étude des dysarthries paralytiques, et la distinction de ce symptôme avec l'aphasie, dans l'examen du malade et notamment dans l'épreuve de l'écriture.

l'intégrité de l'intonation, est *le développement du langage mimique*. Celui-ci « revêt des modalités d'aspect si nombreuses, si nettement marquées, qu'il donne au malade un jeu de physionomie analogue à celui que peut avoir sur scène le meilleur des acteurs. L'instantanéité, l'exactitude des détails, la mobilité, caractérisent surtout cette mimique ». (Fernand Bernheim[1].) Le même auteur insiste sur l'amélioration progressive du jeu de cette mimique, chez les malades, au prorata de l'amélioration de l'hémiplégie et de l'état mental.

Cette aphasie sous-corticale a pour caractères particuliers la conservation de l'écriture spontanée et sous dictée, l'absence d'attaques épileptiformes (Déjerine, Fernand Bernheim), l'intégrité persistante du langage des gestes (Mazurkiewich[2]). Cependant Ladame[3] (de Genève) a publié un cas d'aphasie motrice corticale, vérifiée par l'autopsie, dans lequel existaient les signes donnés par les précédents auteurs comme caractéristiques de l'aphasie sous-corticale. Aussi, se fondant sur cette observation, Ladame déclare inadmissible, cliniquement et anatomiquement, le classement des aphasies motrices en corticales et sous-corticales, et propose la classification suivante :

Les *anarthries*, secondaires aux lésions des neurones de projection, s'opposent aux *aphasies motrices*, secondaires aux lésions des neurones d'association. Les anarthries peuvent donc reconnaître une origine corticale, au point de départ du neurone psychomoteur. L'*aphasie motrice pure*, caractérisée par la lésion des neurones d'association qui unissent le centre de Broca aux centres phonétiques operculaires, peut être aussi bien corticale que sous-corticale; *elle ne se complique pas d'agraphie*, parce que reste indemne le faisceau d'association qui relie le pied de la troisième frontale aux centres graphiques. Brissaud[4] a publié une observation absolument analogue, où l'analyse clinique lui a permis d'affirmer le siège cortical de la lésion aphasiogène. Cette aphasie motrice pure entraîne un *mutisme complet*, qu'on n'observe pas dans les aphasies motrices ordinaires : aussi ces aphasiques moteurs purs ressemblent-ils, par l'intégrité de leur intelligence, leur aphémie absolue, la conservation de l'écriture, le caractère de leurs réactions mimiques, aux malades atteints de *mutisme hystérique*. Ladame[5] distingue ainsi les *aphasies motrices pures* et les *aphasies motrices compliquées*. Celles-ci comprennent les *aphasies motrices vulgaires* (type Bouillaud-Broca), les *aphasies sensorio-motrices*, incomplètes ou totales, et les *aphasies des troubles intellectuels*. Ces dernières sont déterminées par des lésions multiples des neurones d'association de tout le système cortical.

[1] F. Bernheim. *Loc. cit.*, p. 93-94.

[2] Mazurkiewich (de Gratz). Ueber die Störungen der Geberdensprache. *Jahrbücher für Psych. u. Neurologie*. Bd XIX, Heft V, 1900.

[3] Ladame (de Genève). La question de l'aphasie motrice sous-corticale. *Revue neurologique*, janvier 1902.

[4] Brissaud. *loc. cit.* Leçons sur les maladies nerveuses, 1895. T. I.

[5] Ladame (de Genève). Aphasie motrice pure (sans agraphie). Aphémie pure. *Section de Neurologie du XIIIe Congrès international de médecine*. Paris, 1900.

L'*aphasie motrice vraie,* d'origine corticale, avec ou sans *agraphie,* s'observe chez des malades déjà plus atteints dans leur intelligence, et c'est à propos de cette variété si fréquente d'aphasie que se posa pour la première fois la question des rapports des troubles du langage et de ceux de l'intelligence, et de l'état mental des aphasiques (Lasègue, Falret, Trousseau).

De ces aphasiques, Trousseau disait : « Ils sont, pour l'intelligence beaucoup au-dessous des autres hommes, et surtout beaucoup au-dessous d'eux-mêmes, quand la comparaison peut être faite..... L'aphasique boitera toujours de son intelligence. » Lasègue[1] proclamait encore plus explicitement l'infériorité mentale de l'aphasique, l'accusait d'être « impuissant à entrer en érection intellectuelle », d'être un être inférieur, infirme et souvent très irritable. Billod[2] insistait également sur l'émotivité de l'aphasique. On voit la différence entre ces opinions, si défavorables à la mentalité des aphasiques et les conclusions beaucoup plus indulgentes antérieurement émises par Broca et par Proust[3]. Ce dernier auteur opposait, en effet, l'*aphasique*, qui pense et ne peut parler, à l'*alogique,* qui ne parle pas parce qu'il ne pense pas.

Fernand Bernheim[4] fait observer que l'intelligence paraît bien peu touchée chez certains aphasiques, que Trousseau lui-même cite des exemples où les malades pouvaient, au cours de jeux difficiles, entrer dans les combinaisons les plus variées : que certains aphasiques s'occupent de leurs affaires et soignent leurs intérêts tout aussi diligemment qu'avant leur maladie.

Le même auteur déclare que chez les aphasiques moteurs on peut observer tous les degrés entre l'état intellectuel peu ou pas modifié, et la diminution considérable de l'intelligence. Pendant l'évolution d'une aphasie motrice, on peut assister à des modifications intéressantes de l'état intellectuel. L'inertie morale, l'irritabilité, l'aprosexie, les troubles de la mémoire du début s'améliorent souvent considérablement : et des oscillations, des aggravations dans l'état mental de ces aphasiques apparaissent sous l'influence d'émotions, d'affections intercurrentes, de nouveaux ictus, de la période menstruelle chez les femmes.

Les *aphasies sensorielles, surdité et cécité verbales,* sont certainement celles qui, par les différents problèmes qu'elles soulèvent, intéressent le plus l'aliéniste, aux prises avec les difficultés théoriques et pratiques du diagnostic. Sans insister ici sur la question, déjà fort complexe, du diagnostic précis de l'existence, de la nature, de la variété de chaque aphasie sensorielle, des symptômes qui peuvent même les accompagner (hémiplégie droite, hémianopsie homonyme latérale droite, etc.), je n'étudierai que l'*état mental des aphasiques sensoriels.*

Cette question a été pour la première fois posée par Baillarger, en 1865, dans son discours à l'Académie de Médecine, à propos d'une malade atteinte de sur-

[1] Lasègue. *Soc. médico-psychologique,* 1876-77.
[2] Billod. *Ibidem.*
[3] Proust. De l'aphasie. *Arch. de médecine,* 1872.
[4] F. Bernheim. *loc. cit.*, p. 93-94.

dité verbale et de paraphasie, consciente de son infirmité et déplorant sa situation. Magnan [1], revint sur le même sujet, avec de nombreuses observations d'aphasiques sensoriels, paraphasiques, dont le verbiage incohérent pouvait simuler un désordre intellectuel profond. Il distingue à ce propos l'incohérence du langage, liée à des troubles dans le jeu des associations symboliques, et qui compromet la formule verbale de l'idée, de l'incohérence du langage, liée à des troubles de l'intelligence, et qui traduit le désordre de la pensée. A propos de malades analogues, P. Garnier [2] dit : « De tels infirmes du langage se trouvent, au point de vue de la communication des idées et des échanges incessants que comportent les nécessités de la vie courante, dans des conditions particulièrement difficiles qui les isolent en quelque sorte et les relèguent dans une infériorité marquée. Ils ont besoin d'aide et de protection aussi bien que de soins ; et, à défaut de famille, c'est l'hôpital qui leur convient. »

Dans son livre, Séglas [3] insiste sur les difficultés du diagnostic, et cite un cas personnel d'aphasie sensorielle survenue chez une femme, atteinte autrefois d'un accès de mélancolie anxieuse, et qui simula, à propos de l'ictus aphasique et du trouble émotif qui s'ensuivit, un nouvel accès mélancolique. Gilles de la Tourette [4] a vu l'aphasie sensorielle simuler la coprolalie.

Mais le trouble mental que simule le mieux l'aphasie sensorielle est *la démence incohérente*. D'intéressantes observations de cette confusion diagnostique ont été apportées par Baillarger, Magnan, Garnier, Charpentier. Ce dernier auteur a émis l'opinion qu'il se rencontre, parmi les vieux chroniques des asiles, des paraphasiques, qui ne comprennent pas ce qu'ils disent, mais qui savent bien ce qu'ils veulent dire. Briand [5] affirme aussi que beaucoup de *prétendus déments ne sont que des paraphasiques*, et que c'est justement ceux-là que le public regarde comme les plus fous. Vigouroux [6], qui, par la communication de trois observations très étudiées d'aphasie sensorielle, a mis à l'ordre du jour de la Société médico-psychologique la question de l'état mental des aphasiques, a bien distingué les divers aspects du problème. Dans certains cas, l'aphasie sensorielle complique un état mental pathologique antérieur ; dans d'autres cas, elle constitue à elle seule tout le désordre mental ; enfin, dans une troisième série de faits exceptionnels, l'aphasie sensorielle peut devenir l'occasion de troubles délirants secondaires.

Lorsque l'aphasie sensorielle complique un état délirant ou démentiel antérieur, elle apparaît généralement à une époque tardive de l'évolution morbide, chez des sujets âgés, séniles ou sénilisés, athéromateux, ou chez des syphilitiques; elle s'accompagne souvent de phénomènes de déficit moteur

[1] Magnan. *Soc. de Biologie*, 1879.

[2] P. Garnier. Aphasie et folie. *Rev. gén. de médecine*, 1889.

[3] Séglas. Les troubles du langage chez les aliénés. — Bibliothèque Charcot-Debove, Paris, 1892.

[4] G. de la Tourette. Cité par Séglas.

[5] Briand. *Soc. médico-psychologique*. Juin-juillet 1901.

[6] Vigouroux. État mental des Aphasiques sensoriels. *Soc. médico-psychologique*. Juin et juillet 1901. — État mental des Aphasiques. *Revue générale, Revue de Psychiatrie*, 1902.

du côté droit, ou d'hémianopsie homonyme droite : par l'ensemble des circonstances de son apparition, par les modifications subites qu'elle apporte au tableau clinique, à l'expression du délire, etc., elle est assez facile à reconnaître. On observe souvent, chez les aphasiques démentiels, de l'*écholalie,* c'est-à-dire la répétition automatique des phrases entendues, des questions. l'écholalie est beaucoup plus fréquente dans l'aphasie sensorielle que dans la motrice. Chez les vieux déments, où elle est plus difficile à dépister et devra être recherchée, l'aphasie n'apporte qu'un élément de plus aux progrès de la désintégration intellectuelle.

Je ne reviens pas ici sur l'étude déjà faite des aphasies dans la Paralysie générale (voyez l'article : Paralysie générale).

Dans certains cas, la cécité ou la surdité verbales apparaissent avec plus de netteté dans le tableau clinique, comme dans les observations de Sérieux[1], de Vigouroux[2], de Lwoff[3] : l'analyse clinique retrouve alors, associés à doses inégales, mais faciles à distinguer les uns des autres, les éléments pathologiques des syndromes superposés (affaiblissement démentiel, idées délirantes, troubles aphasiques, paralysies, etc.).

La seconde éventualité, représentée par les observations de Baillarger, Magnan, Garnier, Déjerine, Gombault[4], Charpentier, et dont on peut lire un bel exemple dans la deuxième observation du mémoire de Vigouroux, l'aphasie sensorielle résume tout le désordre mental. Dans ce dernier cas, l'auteur déclare que l'observation la plus minutieuse, depuis un mois, ne lui a pas permis de déceler un trouble délirant ni une déchéance intellectuelle bien marquée, ni même des troubles du caractère, pourtant si communs chez les porteurs de lésions circonscrites du cerveau.

Le problème diagnostique, dans tous les cas analogues, consiste à distinguer l'état mental de l'expression verbale de cet état. Si l'on ne s'attache qu'au langage oral des malades atteints de surdité verbale, ou aux écrits de ceux qui sont frappés de cécité verbale, on conclura à l'état de démence : c'est ainsi que certains de ces malades, subitement atteints d'un ictus aphasique sur la voie publique, sont dirigés par l'autorité administrative sur l'Infirmerie du Dépôt de la Préfecture de Police, à Paris, parce qu'ils sont incapables de donner leur nom et leur adresse et répondent en un jargon inintelligible aux questions les plus simples.

Le langage oral des aphasiques sensoriels a pour caractéristiques générales : la *paraphasie,* la *jargonaphasie* et la *verbosité.*

La *paraphasie*, dont les deux variétés *verbale* et *littérale* coexistent le plus souvent, aboutit à la formation de phrases, où quelques mots corrects sont mélangés avec d'autres dépourvus de toute signification (Déjerine). Certains cas de surdité verbale ne s'accompagnent pas de paraphasie (Lichtheim, Wernicke, Freud, Pick, etc.). La paraphasie, extrêmement rare chez les apha-

[1] Sérieux. *Société de Neurologie*. 1900.

[2] Vigouroux, *Loc. cit.* 1re observation. *Soc. méd. psychol.*, juillet 1901.

[3] Lwoff. *Loc. cit.*

[4] Gombault. Communication orale. *Études de son service à l'hospice d'Ivry.*

siques moteurs, survient chez les aphasiques sensoriels en vertu d'un trouble associatif dans la synergie des centres du langage (Pitres) ; et, plus spécialement, de la séparation du centre auditif verbal et du centre moteur verbal (Bastian), par suite de lésions temporales, ou de l'insula, qu'on peut considérer comme le trait d'union entre le centre de l'audition verbale et le centre de Broca. La *jargonaphasie* résulte de l'abondance des mots forgés, des néologismes dépourvus de tout sens, dont ces malades sèment leurs discours. La *verbosité* est un des caractères majeurs de l'aphasie sensorielle (Déjerine). Ces malades sont des verbeux, des prolixes ; mais leur bavardage n'est pas spontané ; il ne se manifeste que dans les réponses, presque toujours longues et inintelligibles, aux questions posées : c'est une loquacité qu'il faut provoquer.

Cette *logorrhée* si fréquente des aphasiques sensoriels est probablement l'expression d'un trouble du langage, déterminé par le déchaînement pathologique du centre moteur, privé de l'action frénatrice du centre auditif. Ce dernier, d'après A. Pick[1], doit être considéré comme le centre directeur et l'organe d'arrêt du mécanisme du langage.

Le degré de logorrhée paraphasique est très variable chez les différents aphasiques sensoriels. Il est probable que ce degré est inversement proportionnel à l'atteinte des images auditives verbales, et qu'il dépend aussi beaucoup de l'individualité psychique des malades. F. Bernheim[2] pense que les aphasiques dont l'intelligence est plus diminuée, se rendant moins compte de leur déficit verbal, s'abandonnent davantage à l'instinct de loquacité qui les pousse, et construisent des phrases avec les débris de matériaux qui leur restent, sans souffrir des imperfections de leur langage. Il y a là, dit F. Bernheim, un fait comparable à celui des enfants atteints de parésie des membres inférieurs, dont les uns, n'osant faire un seul pas, ne marchent pas du tout ; et dont les autres se risquent à tenter des essais de marche et font des mouvements désordonnés.

On constate de plus, dans le langage des aphasiques sensoriels, la pauvreté des mots ayant un sens précis, la grande *abondance des interjections*, la *répétition fréquente des mêmes mots* (Déjerine). Les malades, parfois impatients de n'être pas compris, entremêlent leurs discours de *jurons* (Ballet)[3].

Mais la règle générale est que l'aphasique sensoriel ne se rend presque jamais compte de l'incorrection et de l'inintelligibilité de son langage. Cette *inconscience de la paraphasie* est naturelle, lorsque la surdité verbale est intense ; lorsqu'au contraire la surdité verbale est très incomplète et relativement légère, l'inconscience de la paraphasie est, surtout chez les malades cultivés et instruits, un fait assez paradoxal (Déjerine), mais cependant indéniable. En pareil cas, le malade ne se rend compte de sa paraphasie que par l'effet de son discours sur l'entourage, par la mine des interlocuteurs, ou enfin

[1] A. Pick. *Congrès international de médecine de Paris. — Section de Neurologie.* 1900.
[2] F. Bernheim. *Loc. cit.*
[3] G. Ballet. Aphasie. *Traité de Brouardel-Gilbert*, t. VIII.

par les dires de ceux-ci, lorsque l'aphasie est assez légère pour permettre au malade d'entendre les autres, sans cependant lui permettre de s'entendre et d'apprécier son propre langage.

Tous les aphasiques présentent, à un degré variable, parfois à l'état latent (Déjerine et Mirallié, Thomas et Roux) des troubles de la lecture mentale, de l'*alexie*. Certains aphasiques présentent également de la *dyslexie* (Berlin et Bruns), de la claudication intermittente du pli courbe (Pick). Ce sont des troubles fonctionnels probablement d'ordre ischémique.

Le médecin instruit des caractères généraux de l'aphasie sensorielle, étudiée ici seulement au point de vue psychiatrique, devra facilement la reconnaître et instituer alors un examen complet du symptôme en lui-même, en se conformant aux règles exposées dans les traités de Neurologie (Déjerine[1], G. Ballet[2], Roux[3], etc.).

Pour apprécier l'état mental sous-jacent aux désordres du langage, il faut interroger l'expression du visage, l'habitus, l'allure, les gestes du malade; sa conduite, ses actes, sa manière générale d'être et de vivre. Tous ces modes d'information fournissent à l'observateur des renseignements très précieux, et dont la valeur égale certainement celle des symptômes de nature verbale : ils nécessitent seulement une observation plus attentive et plus prolongée.

L'examen de l'ouïe, dans les cas de surdité verbale, révélera parfois l'existence de surdité corticale, ou périphérique, liée à des lésions bilatérales des lobes temporaux, des labyrinthes, etc. A cette question se rattache l'étude de la *surdité-mutité*, de l'*audimutité*, et de l'état mental des *sourds-muets* et des *entendants-muets*. Ceux-ci sont atteints d'*aphasie congénitale* (Küssmaul) ou d'*alalie idiopathique* (R. Coën). On observe en pareil cas, presque toujours, de l'arriération intellectuelle. Je renvoie, pour l'étude de cette question, aux travaux de Lannois (de Lyon), qu'on trouvera dans la thèse de son élève, Georges Lévy[4], et de Saint-Hilaire[5]. La connexion entre ces différentes surdités s'établit parfois par la propagation de lésions du rocher aux méninges temporales[6].

L'étude de l'*évolution clinique de l'aphasie* éclairera également la situation cérébrale du malade, en révélant les progrès, l'état stationnaire ou au contraire le retrait des lésions en foyer et des symptômes aphasiques ; l'influence de l'inhibition sur le degré de l'aphasie ; la possibilité de la rééducation du malade, etc. Enfin, on ne saurait trop se convaincre que l'*appréciation de l'état mental d'un aphasique sensoriel est toujours un problème individuel;* et que chaque cas apporte avec soi des éléments nouveaux, qui donnent à chaque malade une formule personnelle toujours complexe.

[1] Déjerine. *Traité de Path. gén.*, loc. cit.

[2] G. Ballet. *Traité de Brouardel-Gilbert*, loc. cit.

[3] Joanny Roux (de Saint-Etienne). Maladies nerveuses. 1902.

[4] Georges Lévy. Les entendants-muets. *Thèse de Lyon*, novembre 1900.

[5] Saint-Hilaire. La surdi-mutité. *Paris*, 1900.

[6] Kast (Berlin). Zur Kentniss der Beziehungen zwischen Schwerhörigkeit ünd Worttaubheit. — *Zeitsch, f. Nervenheilk. Bd. XVIII.* S. 180. 4 décembre 1900.

Les variétés d'aphasie qui intéressent le plus l'aliéniste sont celles qui s'accompagnent de troubles, apparents ou réels, de l'intelligence.

Lorsqu'on s'élève dans la hiérarchie du syndrome, des aphasies sous-corticales ou pures, aux aphasies corticales, ou vraies; et de celles-ci aux aphasies transcorticales (Wernicke), sus-polygonales (Grasset), psycho-nucléaires (Pitres); on aborde un domaine d'étude de plus en plus obscur, où les questions relativement claires et limitées de la neurologie cérébrale, se compliquent des problèmes les plus complexes de la psychologie. C'est alors, en effet, que se posent les problèmes des rapports du langage, en général, avec la mémoire, l'imagination, la conscience. Ces derniers vocables, si largement compréhensifs, désignent des opérations psychiques dont le siège n'est pas localisable, dont les éléments sont en grande partie empruntés aux centres sensoriels mêmes de l'activité commune et verbale; on conçoit par là l'inextricable complexité d'un problème dont les termes psychologiques échappent, par leur étendue, leur diffusion et leur composition même, aux méthodes positives d'examen objectif et d'observation anatomo-clinique qui ont été si fécondes dans l'étude de la Pathologie cérébrale.

Les ingénieux schémas, par lesquels les auteurs, depuis Charcot jusqu'à Grasset, ont cherché à représenter les processus sensoriels, psychiques et moteurs du langage, ne sont que la figuration graphique grossière d'une interprétation, qui avoue elle-même son impuissance, dès qu'elle invoque la notion des centres supérieurs et l'intervention active, dans le processus du langage, des organes de l'idéation consciente; ces centres psychiques supérieurs ne sont en effet, que des fantômes anatomiques, que nous dotons d'une activité fonctionnelle supérieure : mais qui s'évanouissent à la première tentative de localisation objective dans le cerveau : et si, d'ailleurs, la critique anatomique ne laisse rien subsister de la notion fictive de ces entités organiques, la critique psychologique repousse également la doctrine des localisations intellectuelles supérieures, et la création de ces dépôts et centres schématiques où s'élaborerait, dépouillée de ses éléments constitutifs, et loin de ses sources originelles, une activité psychique d'ordre abstrait, une quintessence de la personnalité mentale.

En réalité et conformément à ces considérations, la méthode anatomo-clinique démontre que le déficit psychique, chez les aphasiques, est proportionnel d'abord à l'étendue des lésions ; et ensuite à l'atteinte des faisceaux d'association qui unissent les uns aux autres les différents centres du langage, et ceux-ci avec l'ensemble du manteau cortical. Aux lésions diffuses, correspondent les états démentiels, de nature globale, plus ou moins accusés, associés au syndrome aphasique. (Voyez le chapitre *Aphasie*, dans l'article : Paralysie générale). Aux lésions multiples correspondent les aphasies avec déficit mental partiel, lacunaire, en général proportionnel à l'étendue et à l'ancienneté des lésions; souvent, ce déficit partiel est secondairement aggravé par un affaiblissement intellectuel total, déterminé lui-même par des altérations diffuses de l'écorce, surajoutées aux lésions locales primitives, et, comme elles, d'origine vasculaire. Enfin, aux lésions très circonscrites

correspondent les syndromes aphasiques purs, dégagés de toute complication démentielle ou psychopathique saisissable. Ces cas sont, entre tous, suscep-



Fig. 145. — (Collection Trénel.) Aphasie amnésique. Parésie spasmodique prédominant à gauche. La malade grimace d'une façon spasmodique dès qu'on s'occupe d'elle. A gauche, une maniaque périodique. (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. N° 6, 1899.)

tibles, chez les sujets non âgés, d'amélioration par la rééducation, suivant les méthodes bien exposées par Grasset[1].

Les rapports qui existent entre les *amnésies* et les *aphasies* ont fait l'objet

[1] Grasset. Traitement de l'Aphasie. — *Traité de Thérapeutique appliquée d'A. Robin.* 1898 Fasc. XIV.

de nombreux travaux, que dominent les magistrales études de Pitres[1]. Les aphasies amnésiques, qui rentrent le plus souvent dans le groupe des aphasies psychonucléaires (Pitres) et parfois aussi dans celui des aphasies internucléaires ou même nucléaires (Grasset)[2] se caractérisent surtout par des troubles paraphasiques, la conservation du langage automatique et des altérations de la mémoire d'évocation et même de fixation des mots : on observe alors de l'*apexie verbale* (Pitres). Les malades, par exemple, sont incapables de suivre une conservation courante, parce qu'ils ne peuvent fixer au passage

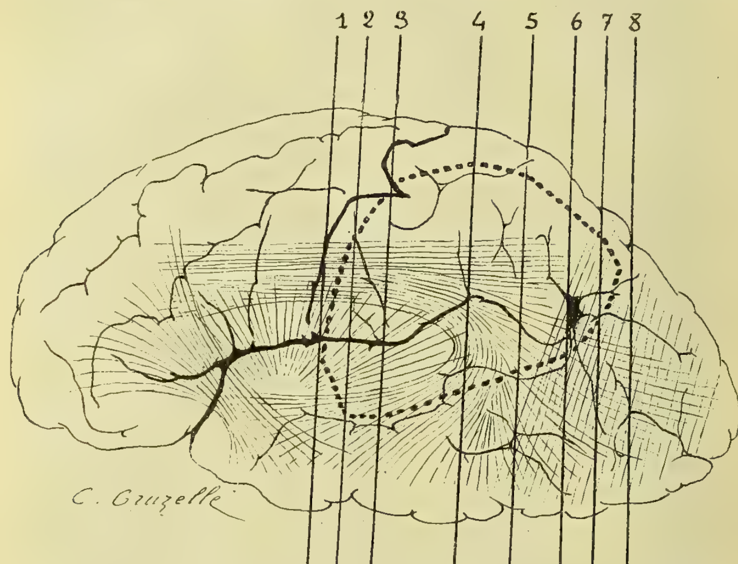


Fig. 146. — Imitée de Déjerine. Les coupes figurées sont celles pratiquées sur la pièce. Le pointillé indique les limites de la lésion en projection.

dans leur mémoire verbale les mots entendus des phrases précédentes. Il existe là un trouble, qui sans justifier la création d'une aphasie amnésique particulière (Déjerine), me paraît cependant, au milieu des innombrables variétés d'aphasie motrice et sensorielle, mériter, au point de vue psychiatrique, une mention spéciale.

Pitres suppose, d'après le relevé des dix cas qu'il rapporte, que cette aphasie amnésique est produite par la rupture « d'une partie des voies commissurales qui réunissent les centres différenciés des images verbales aux parties de l'écorce dans lesquelles s'opèrent les actes supérieurs ». La lésion siégerait dans le lobule pariétal inférieur.

Trénel[3], dans un intéressant mémoire (fig. 145), a rapporté deux cas

[1] Pitres. L'Aphasie amnésique et ses variétés cliniques. — *Progrès médical*. 1898. — Étude sur les Paraphasies. — *Revue de médecine*. 1899.

[2] Grasset. Diagnostic des Maladies de l'Encéphale. — *Actualités médicales*. 1901.

[3] Trénel. Aphasie amnésique. — Aphasie de Conductibilité. — *Nouv. Iconogr. de la Salpétrière*, 1899.

d'aphasie amnésique avec paraphasie, à propos desquels il insiste sur une variété particulière de l'amnésie aphasique, l'amnésie des substantifs, l'*antonomasie* (Luys) et sur l'*agrammatisme*. Ces deux symptômes, déjà relevés par de nombreux auteurs dans l'étude de l'aphasie, se présentent parfois, chez certains aphasiques, presque isolément : l'antonomasie a été étudiée sous le nom d'*anomie* par quelques auteurs anglais[1]. Je rapporte ici (fig. 146 et 147)

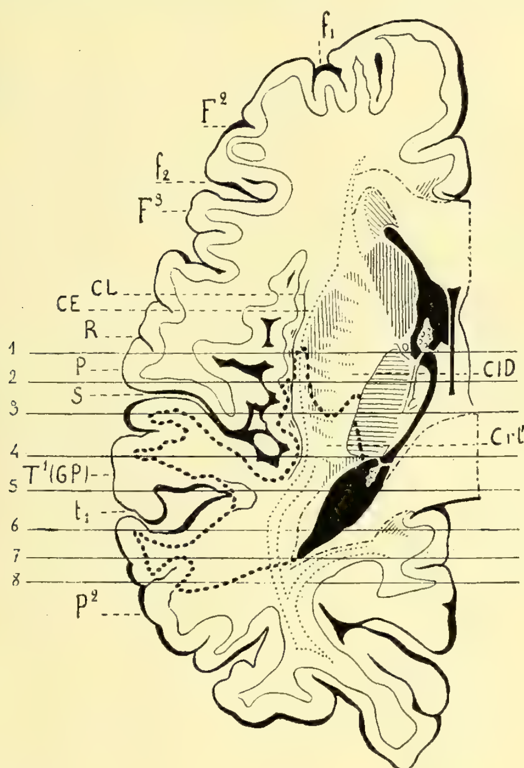


Fig. 147. — Coupe schématique reportée sur un schéma de Déjerine.

CE, Capsule externe. — CID, Segment postérieur de la capsule interne. — CL, Avant-mur. — Crl, Segment rétrolenticulaire de la capsule interne. — F^2, 2e circonvolution frontale. — f^2, Sillons secondaires du lobe frontal. — P, Pariétale ascendante. — P^2, Pli courbe. — R, Scissure de Rolando. — S, Scissure de Sylvius. — T^1, (G P), Gyrus supra-marginalis. — f^1, Branche verticale de la scissure parallèle.

(Figures empruntées à TRENEL. — Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière).

les lésions constatées par Trénel, à l'autopsie d'une de ses malades, afin de montrer, dans des altérations sous-corticales aussi étendues, un intéressant exemple du substratum anatomique des *aphasies de conductibilité*.

[1] Charles K. Mills. Anomia and Paranomia, with some considerations regarding a naming centre in the temporal lobe. — *The Journal of nervous and mental Diseases*, 1899. Vol. XXVI, n° 12, p. 757. — Graesne H. Hammond. A case of subdural Hemorrhage causing anomia without any other form of aphasia. — *The Journal of nervous and mental Diseases*, 1899. Vol. XXVI, n° 12, p. 754.

Déjerine et ses élèves assimilent ces aphasies amnésiques à un stade, souvent passager, de l'évolution des aphasies. Il faut d'ailleurs savoir que ces aphasies amnésiques se rencontrent, à titre transitoire, et sans lésions cérébrales fixes, sous des *influences toxiques* variées (alcool, et surtout tabac), parfois à la suite de traumatismes physiques ou moraux. Il s'agit alors de troubles dynamiques dans le mécanisme des associations verbales.

Les observations publiées d'aphasie chez les aliénés ne sont pas nombreuses. Les deux aphasiques de Trénel étaient aliénées (psychose circulaire, démence avec irritabilité). Karl Heilbronner[1] a publié l'intéressante analyse d'un aliéné, chez lequel aux troubles psychopathiques (hypochondrie, persécution, stupeur) succéda de l'aphasie d'abord complète, puis sensorielle partielle : le malade survécut à ces accidents, et guérit complètement par la suite en conservant un déficit psychique, à la fois amnésique et aphasique, mais capable de reprendre son métier et la vie au dehors.

Enfin, dans des cas exceptionnels, l'aphasie peut non seulement compliquer un état mental pathologique antérieur, mais devenir par son apparition l'occasion de troubles délirants secondaires. L'observation de P. Garnier[2] est le type de cette intéressante variété d'accidents, dans laquelle le trouble aphasique, d'origine organique, apparu chez un vésanique, est l'occasion d'interprétations délirantes. Le malade, délirant chronique, attribuait aux artifices de ses persécuteurs les troubles de son langage et de son expression.

L'*agraphie et la paragraphie*, qui compliquent presque toujours la cécité verbale et l'aphasie motrice, sont très importantes à connaître, à mesurer et à interpréter, chez les aphasiques. Il faut s'attacher, dans l'étude des troubles de l'écriture, chez ces malades, à faire la distinction entre les troubles moteurs, analogues à la dysarthrie, et les troubles verbaux, d'ordre aphasique. Les premiers sont des troubles *calligraphiques*, les seconds, des symptômes *psychographiques*. Aux troubles calligraphiques, d'ordre moteur, se rattache, parmi beaucoup d'autres, une intéressante modification de l'écriture, décrite par A. Pick[3], et qui consiste dans un rapetissement singulier des lettres : Pick rattache cette *micrographie*, qu'il a rencontrée dans certaines encéphalopathies à lésions centrales, capsulaires, à un trouble moteur analogue au tremblement et à la démarche à petits pas des pseudo-bulbaires. Rudolf Köster[4] a récemment publié un recueil, avec atlas, de spécimens d'altérations de l'écriture analysées avec finesse, chez beaucoup d'aliénés et de psychopathes organiques. Que ceux-ci, en effet, soient des déments,

[1] Karl Heilbronner. — Ein Beitrag zur Kentniss der Beziehungen der Aphasie und Geisteskrankheiten. — *Zeitsch. f. Psychol. und Phys. der Sinnesorganen*, 3 août 1900, p. 83.

[2] P. Garnier. Aphasie et folie. — *Revue gén. de médecine*. 1889.

[3] A. Pick. Ueber eine eigenthümliche Schreibstörung, Mikrographie, in Folge cerebraler Erkrankung. — *Prager Med. Wochenschrift. A.* 1908.

[4] R. Köster. Die Schrift bei Geisteskrankheiten. Ein Atlas mit 81 Handschriftproben. Leipzig, 1903.

des affaiblis, des délirants, ou simplement des aphasiques agraphiques, ils peuvent, en cas de cécité verbale, copier servilement les modèles manuscrits qu'on leur soumet, sans en saisir le sens ni la portée. Il est donc possible d'obtenir d'eux par ce procédé des documents manuscrits, signés et paraphés, inconsciemment délivrés par les malades, et captés puis exploités par l'entourage. Plusieurs chefs de service ont ainsi obtenu d'aphasiques sensoriels agraphiques, des donations et des testaments manuscrits, datés et signés; et réalisé ainsi une *expérience de captation testamentaire*, dont on entrevoit l'intérêt pratique et médico-légal (Briand, Vigouroux). Il faut cependant convenir que, quoique possible à transporter dans la pratique ordinaire, cette exploitation de l'agraphie des aphasiques sensoriels revêt, dans les intéressants essais plus hauts cités, l'apparence d'une expérience de laboratoire, et que, jusqu'à présent du moins, les annales judiciaires ne contiennent pas d'exemple de ce mode de captation de testaments.

La *Médecine légale des aphasies* comporte d'ailleurs d'autres difficultés, sur lesquelles Briand[1] a fort judicieusement insisté. Il s'agit des testaments écrits par des aphasiques sensoriels : un malade, non dément, non délirant, mais agraphique par cécité verbale, peut écrire un acte testamentaire, avec des mots incomplets ou intervertis, mais dont la teneur et la rédaction laissent cependant fort bien transparaître sa pensée et deviner ses intentions. Dans un cas semblable, cité par Briand, les magistrats, considérant le testateur comme dément, invalidèrent le testament.

La *capacité testamentaire des aphasiques* a fait l'objet d'une longue discussion, au 66e Congrès annuel de l'Association médicale britannique[2] (1898). W. Y. Gairdner (Glascow), admettant qu'il est impossible de poser des principes de jugement de la validité intellectuelle de l'aphasique, conclut que la capacité testamentaire devra être déterminée individuellement dans chaque cas. Gairdner estime qu'en général l'aphasique, même intellectuellement valide, demeure incapable de bien exprimer ses volontés. W. Elder (Leith) opine dans le même sens : pour lui, la surdité verbale pourrait rendre le malade inapte à tester. Les cas simples d'aphasie sous-corticale peuvent ne pas s'opposer à un acte testamentaire valide. Dans certains cas, l'aphasie peut mettre obstacle à la rédaction du testament, non par incapacité mentale, mais par l'impossibilité de remplir les formalités légales. T. S. Clouston (Édimbourg) pense qu'il est nécessaire que le notaire et le médecin, qui assistent à la rédaction du testament, s'assurent, par une sorte de contre-interrogatoire, que les legs destinés à X, Y, Z, ne sont pas destinés à A, B ou C, et que c'est bien tel ou tel objet, telle ou telle somme, qui sont laissés à chacun.

Beaucoup d'aphasiques, ainsi que je l'ai spécifié plus haut, sont parfaitement capables de gérer leurs affaires, de soigner leurs intérêts; et, par conséquent, de tester, s'ils peuvent rédiger un testament, en cas de non agraphie,

[1] Briand. *Soc. méd. psychologique*. Juillet 1901.

[2] LXVIe Congrès annuel de l'Association médicale britannique, tenu à Edimbourg, juillet 1898. — *Compte rendu in The British medical Journal*. 3 septembre 1898.

ou de le faire rédiger, en cas contraire. F. Bernheim[1] cite le cas intéressant d'un aphasique moteur, qui, deux mois après le début de son affection, voulait vendre sa maison, et avait à faire à une cliente très disposée à profiter de l'état du malade pour acquérir la maison dans des conditions avantageuses : mais celui-ci sut mettre à profit et les quelques mots et phrases que son vocabulaire lui permettait d'employer, et une mimique particulièrement significative, pour ne pas se laisser duper et pour débattre avec sa cliente les conditions de vente avec autant de précision et d'intelligence que s'il avait été dans son état normal : la vente eut lieu, et dans les conditions consenties par l'aphasique.

Dans les cas de captation, l'aphasique est, dans son infirmité, exploité par l'entourage ; et, dans les cas d'invalidation injustifiée, il est trahi par la même infirmité, auprès de l'autorité judiciaire. Les mêmes problèmes se posent, à propos des questions d'*interdiction* et d'*internement*. Aussi, dans toutes les expertises relatives à ces sortes d'affaires, l'aliéniste a-t-il le devoir d'instituer une enquête anamnestique et rétrospective très détaillée sur l'état mental et les troubles aphasiques du malade, et d'éclairer avec soin la religion du tribunal sur la distinction qu'il faut établir entre la pensée et la parole, entre le *domaine de la mentalité*, où *s'élaborent les actes intellectuels*, et les *territoires du langage* où se constitue, par l'*association des images sensorielles, la réserve du symbolisme verbal.*

Agnosie et Apraxie.

A l'histoire des aphasies, étudiées dans leurs rapports avec l'état mental des cérébraux organiques, se rattache la question si complexe et si neuve de l'*asymbolie* (Finkelnburg, Wernicke), et de l'*agnosie* (Freud). L'étude de cette question est complètement exposée dans la remarquable thèse de Nodet[1] et la Revue générale de Claparède [2]. Je ne puis qu'indiquer ici sommairement l'existence de ces troubles sensorio-psychiques, très insuffisamment étudiés jusqu'à présent, dans leurs rapports avec l'état mental des cérébraux organiques. Ces *altérations du symbolisme associatif de l'aperception sensorio-psychique* sont fréquentes et représentent un des éléments les plus importants des troubles psychiques si variés de ces malades.

Il faut entendre, sous le terme général d'*agnosie*, l'ensemble des troubles dans la compréhension de la nature des choses, de la signification des objets, sans atteinte des voies sensorielles, sans trouble de la perception simple. Les malades voient et perçoivent les éléments du monde extérieur ; mais ils ne les reconnaissent plus, ils sont incapables d'en saisir et d'en indiquer la destination, l'usage, l'utilité. Il s'agit d'un trouble de l'identification secon-

[1] Bernheim. Loc. cit. p. 93.
[2] V. Nodet (de Lyon). Les Agnoscies. *Thèse*, 1899.
[3] Claparède. *Revue générale sur l'Agnosie. Année psychologique de Binet*, 1900.

daire ou supérieure, de la perception compliquée, de la reconnaissance intellectuelle (*begriffliches Erfassen*), avec intégrité de l'identification primaire, de la perception simple, de la reconnaissance sensorielle (*sinnliches Wiedererkennen*). Suivant que l'agnosie porte sur la vision, l'audition ou le toucher, elle porte le nom de *cécité*, de *surdité psychique* ou d'*agnosie tactile :* l'anosmie et l'agneusie psychiques n'ont pas d'existence clinique actuellement reconnue. L'agnosie tactile a été étudiée dans ces derniers temps, sous les noms d'*astéréognosie*, d'asymbolie tactile, etc. Suivant la nature des différentes sensibilités (tact, chaleur, température, douleur) compromises, suivant que le trouble porte sur les sensibilités superficielles ou profondes (musculaire, osseuse, articulaire), suivant la perte ou l'altération du sens musculaire, du sens des attitudes, de la sensation de l'effort, de la fatigue, etc., l'agnosie tactile peut revêtir différentes formes et différents degrés, qui résultent des troubles apportés dans la synthèse de ces sensations, et dans les opérations intellectuelles secondaires. Les conditions pathogéniques et les modalités cliniques de l'astéréognosie ont été bien étudiées, à des point de vue différents, par H. Verger, dont je cite plus loin les conclusions, par Chrétien[1] et M. Brécy[2], élève de Brissaud. Brécy met bien en lumière la fréquence, le caractère souvent transitoire, et les relations avec les autres troubles sensitifs de l'astéréognosie chez les hémiplégiques. La *perte du sens des attitudes segmentaires* est également fréquente chez les mêmes malades.

Déjerine et Egger[3] insistent, dans la pathogénie de l'astéréognosie, sur le rôle de la perte des sensibilités profondes. A propos de la communication de Déjerine, Brissaud et Marie[4] ont fait remarquer l'apathie, l'incuriosité des astéréognostiques qui, du côté malade, semblent ne faire aucun effort pour reconnaîtrc les objets. Ces malades semblent n'avoir aucune notion du but de la fonction dont ils sont privés (Brissaud). La perte d'une fonction par destruction d'un territoire cérébral dont cette fonction dépend, semble entraîner avec elle l'ignorance absolue de la possibilité de cette fonction (Pierre Marie).

L'examen des hémiplégiques astéréognosiques, en mettant en évidence le contraste qui existe entre les deux mains, au point de vue de la fonction palpatoire, démontre la justesse et la portée des remarques de Brissaud et de Marie. Alors même que la paralysie a presque disparu, la main astéréognosique, dans une inertie qui contraste singulièrement avec l'activité de l'autre main, reste devant l'objet à reconnaître, immobile, indifférente, et comme dénuée de toute curiosité.

De la combinaison de ces différentes agnosies partielles, résulte l'*agnosie générale*, laquelle aboutit pratiquement à un syndrome d'observation fré-

[1] René Chrétien. De la perception stéréognosique. *Thèse Paris*, 1903.

[2] M. Brécy. Les troubles de la sensibilité dans l'Hémiplégie d'origine cérébrale. *Thèse Paris*, 1903.

[3] Déjerine et Egger. Sur un cas de perte du sens stéréognostique avec intégrité de la sensibilité totale. *Soc. de Neurologie*. Décembre 1899.

[4] Brissaud, Marie. *Société de Neurologie*. Décembre 1903.

quente, l'*apraxie* (Kussmaul, Gogoll, Allen Starr). Les malades atteints d'apraxie, montrent en vaquant aux besoins courants de leur vie journalière, qu'ils ont perdu le sens de l'usage pratique des objets les plus usuels : ils boivent dans leur urinal, urinent dans leur verre, prennent une fourchette pour un crayon, une chemise pour une serviette, ne savent plus s'habiller, se coucher, etc.

Une variété intéressante d'agnosie visuelle est constituée par la *perte de la notion topographique*. Les malades deviennent incapables de se diriger, de retrouver leur chemin, de s'orienter, même dans le milieu le plus simple et le plus familier. Ce symptôme, d'après les observations de Fœrster[1], Wernicke[2], Lissauer[3], Touche[4], Reinhard[5], Dide et Botcazo[6], semble lié à l'existence de lésions bilatérales des lobes occipitaux, intéressant les centres visuels et les radiations optiques : dans quelques cas, on l'a noté à la suite de lésions occipitales gauches unilatérales (Marie et Ferrand[7], Touche[8]). D'après Touche, le lobule fusiforme serait spécialement intéressé, dans les altérations de la mémoire topographique.

J'observe en ce moment un adulte, artério-scléreux, alcoolique chronique, qui, outre des troubles de la marche, qui est ébrieuse, et d'une altération curieuse de la psychoréflectivité émotive, présente au plus haut degré cette *perte de la notion topographique, associée à une amnésie antérograde continue*, de fixation et de conservation, datant d'une vive émotion ressentie voici tantôt trois ans. Le malade qui n'offre ni cécité verbale, ni cécité psychique, ni altération du sens stéréognostique, ni troubles visuels, présente donc une curieuse analogie, et à la fois de notables différences, avec le malade de Dide et Botcazo : chez lui, d'ailleurs, l'amnésie de fixation intéresse la totalité des images sensorielles. La perte de la faculté d'orientation topographique, ou, plus abréviativement, la *topo-agnosie*[9] n'est qu'un corollaire de l'amnésie de fixation. Ce malade, qui est certainement un organique (artério-sclérose, alcoolisme ; lymphocytose discrète à la ponction lombaire) mais qui associe des troubles hystériques à son état organique, n'est pas dément, et présente un syndrome phychopathologique complexe dont l'explication pathogénique est fort difficile. Les lésions (encéphalite lacunaire disséminée subcorticale intéressant peut-être l'appareil cérébelleux et la couche optique, à cause des troubles ébrieux de la marche et des per-

[1] Fœrster. Ueber Rindenblindheit. *Archiv. f. Ophtalm.*, t. XXXVI.

[2] Lissauer. Ein Fall von Seelenblindheit nebst einem Beitrag zur Theorie derselben. *Archiv. f. Psych.*, t. XXI.

[3] Wernicke. *Lehrbuch der Gehirnkrankheiten*, t. I et II.

[4] Touche. *Société de Neurologie de Paris*, 5 avril 1900.

[5] Reinhard. *Arch. f. Psychiatrie*, t. XVIII.

[6] Dide et Botcazo. Amnésie continue, cécité verbale pure, perte du sens topographique, ramollissement double du lobe lingual. *Revue neurologique*, juillet 1902.

[7] Marie et Ferrand. *Société de Neurologie*, mai 1900.

[8] Touche. *Presse médicale*, 30 novembre 1901.

[9] Ernest Dupré. Amnésie antérograde continue. Topo-agnosie. Troubles de la psychoréflectivité émotive, consécutifs à un choc moral. *Société de Neurologie*. Avril 1903.

turbations de la psychoréflectivité émotive) doivent compromettre surtout les voies d'association : le syndrome exprime, en effet, surtout un déficit dans les fonctions d'association intersensorielle et sensorio-psychique.

L'agnosie générale et l'apraxie ont des conséquences cliniques qu'il faut connaître, et que je ne fais qu'indiquer : une *dépression* plus ou moins profonde, avec *aboulie*, ou au contraire de l'*agitation* inquiète, avec *réactions anxieuses ;* de la *confusion* mentale, avec désorientation. Ces états psychopathiques qui sont secondaires aux troubles primitifs de l'aperception du monde extérieur, à l'agnosie, contribuent à compliquer encore les éléments de la situation morbide, et à obscurcir le problème diagnostique. Il faut savoir que, bien qu'affaiblis intellectuellement, beaucoup de cérébraux organiques sont bien plus aphasiques et agnosiques que déments : et que rien ne simule mieux la démence que ces *états morbides complexes*, où dominent l'incapacité de comprendre et de se faire comprendre, le bavardage incohérent, la jargonaphasie inconsciente, l'apraxie, la désorientation, le trouble des actes et le désordre de la conduite, et enfin des réactions affectives, d'ordre dépressif ou anxieux, secondaires à ce *chaos de l'activité sensorielle et aperceptive.*

Je n'insiste pas sur les infinies variations possibles du tableau clinique dépendant de ces états agnosiques ; ces variations dépendent de l'intensité des troubles aphasiques et agnosiques, de leur retentissement sur la vie mentale de chaque sujet, des aptitudes réactionnelles de l'individu, du degré d'affaiblissement intellectuel antérieur, de l'existence ou de l'absence de phénomènes délirants ou hallucinatoires, etc. D'ailleurs, entre les *états agnosiques* et les *états démentiels*, tous les *degrés intermédiaires* peuvent exister et les malades peuvent passer de l'agnosie à la démence, par l'évolution même des lésions cérébrales (Heilbronner[1], Müller[2]).

Les *lésions des agnosies* sont voisines, dans leur localisation, des lésions des aphasies : corticales ou sous-corticales, unilatérales gauches, ou bilatérales, elles intéressent le plus souvent le territoire visuel commun (cuneus et scissure calcarine) et visuel verbal (lobule pariétal inférieur) et compromettent très souvent les *voies longues d'association* interhémisphérique (corps calleux) et intrahémisphérique (faisceau longitudinal supérieur et inférieur, faisceau unciforme, cingulum). Elles attaquent, en résumé, le *réseau commissural intersensoriel et sensorio-psychique,* qui est le *substratum anatomique* de l'*activité psychique associative.*

Dans une série d'intéressantes études sur les fonctions sensitives de l'écorce H. Verger[3] (de Bordeaux) a montré qu'il peut exister deux sortes d'*astéréognosie :* une *stéréo-agnosie de réception,* due à des lésions destructives, dans la zone rolandique, des éléments récepteurs des impressions tactiles et kines-

[1] Heilbronner. Uber Asymbolie. *Psych. Abhandlungen. Herausgegeben von Wernicke.* Breslau (p. 50-55), 1897.

[2] Müller. Ein Beitrag zur Kentniss der Seelenblindheit. Marburg, 1892. *Arch. f. Psych.* t. XXIV.

[3] H. Verger. De la valeur séméiologique de la stéréo-agnosie. *Rev. neurologique.* 31 décembre 1902. Des troubles de la sensibilité dans les lésions cérébrales. *Thèse* Bordeaux, 1900.

thésiques des membres; et une *stéréo-agnosie d'association* ou de *conductibilité*, due à des lésions destructives des associations transcorticales entre les centres tactiles (rolandiques) et les autres centres sensoriels, surtout visuels (pariéto-occipitaux). On saisit ici l'étroite analogie du processus des agnosies et des aphasies, dans le déterminisme pathogénique de leurs variétés principales.

L'anatomie pathologique et la clinique rapprochent donc étroitement l'un de l'autre ces deux syndromes, si complexes dans leurs variétés, leurs rapports et leurs conséquences : l'*aphasie* et l'*agnosie*.

L'aphasie et l'agnosie sont, en réalité, deux troubles de l'*activité sensorio-psychique de perception*, c'est-à-dire de cette série continue de processus corticaux, par lesquels l'impression sensorielle de l'objet (chose, mot, emblème, geste, etc.), aboutit à la représentation mentale complète de cet objet, dans sa signification et dans ses rapports avec l'ensemble des autres représentations actuelles ou passées, du monde objectif. Altération de la faculté symbolique du langage, l'aphasie est une agnosie verbale. Aphasie et agnosie sont deux formes de la pathologie du symbolisme. Les agnosies, comme les aphasies, reconnaissent des variétés distinctes, et des degrés différents : les agnosies primaires, liées à la perte de la reconnaissance sensorielle, correspondent aux aphasies sensorielles pures; les agnosies secondaires, liées à la perte de la reconnaissance intellectuelle, correspondent aux aphasies vraies et aux aphasies optique et acoustique.

L'agnosie secondaire, ou *asymbolie*, peut exister avec ou sans la conservation des représentations mentales. Dans le premier cas, on peut, à l'exemple de Grasset[1], assimiler l'asymbolie à l'aphasie sus-polygonale, psycho-nucléaire; dans le second cas, lorsqu'il y a perte des représentations mentales, l'asymbolie se confond avec les troubles du psychisme supérieur (centre O de Grasset). Cette gradation continue entre les formes de l'asymbolie, depuis les premiers troubles de la reconnaissance sensorielle des choses (agnosies primaires) jusqu'aux perturbations dernières des processus les plus élevés de la perception (asymbolie psychique) est bien la démonstration, par la pathologie, de l'axiome aristotélique : *Nihil est in intellectu quod non priùs fuerit in sensu*. Enfin, l'étude des aphasies et des agnosies démontre que l'activité psychique, véritable synthèse des activités sensorielles communes et verbales, n'opère, par rapport au monde extérieur, que sur des signes (sensations, perceptions, etc.), et sur des signes de signes (langage); que cette activité psychique est uniquement orientée, dans ses tendances et son exercice, par les besoins de l'individu; et enfin, que la représentation cérébrale de l'univers n'est, pour chaque animal, qu'un tableau symbolique à travers lequel l'organisme, dans un travail constant d'adaptation téléologique, ne cherche et ne médite que sa propre finalité.

[1] Grasset. Les maladies de l'orientation et de l'équilibre. Paris, 1901.

Troubles de la psychoréflectivité et de la mimique.

Il faut entendre, sous ce titre général, les altérations pathologiques de l'expression physionomique et mimique des émotions. Ici s'impose encore la distinction à établir entre l'activité psychique supérieure, et l'expression mimique des processus de cette activité. Tandis que ces processus ont pour substratum anatomique général tout au moins prépondérant, le cortex antérieur et principalement les zones d'association ; les territoires où s'élaborent les synergies motrices de l'expression émotive sont : outre la partie operculaire et moyenne de la région rolandique, les corps opto-striés, surtout le thalamus, et le bulbe : ces trois étages superposés, qui sont *les grands centres d'organisation de l'expression émotive,* sont reliés par les fibres cortico-thalamiques et thalamo-bulbaires ; ces fibres sont les faisceaux de projection que parcourt l'incitation motrice pour se transmettre du réseau cortical aux noyaux bulbaires.

D'une façon générale, dans la mimique faciale, et principalement dans le rire et le pleurer, l'*écorce* est le centre de l'*élaboration psychique*, le *thalamus* le centre de l'*organisation automatique,* et le *bulbe,* le centre de l'*exécution neuro-musculaire* du processus psycho-réflexe de l'expression émotive. L'excitation psychique, née dans les sphères supérieures de l'idéation, parcourt de multiples relais à travers lesquels elle se dépouille de ses caractères psychiques originels (conscience, volonté, etc.), revêt des caractères moteurs et s'organise en un système d'associations réflexes assimilable à un mécanisme automatique. Ce mécanisme apparaît de plus en plus indépendant, dans son activité et son fonctionnement, de l'excitation supérieure qui le déclenche et le met en branle. Celle-ci, représentée par les processus psychiques, irradie du cortex sur le thalamus; du centre thalamique, elle repart sous forme d'excitation motrice synergique organisée, pour actionner, sur le clavier bulbaire, celles des touches qui, dans la neuro-musculature faciale et laryngée, commandent les réactions mimiques et vocales, adaptées, suivant les lois de l'expression des émotions, à la traduction de tel ou tel mouvement émotif.

Le schéma du trajet anatomo-physiologique du processus psycho-réflexe de l'expression émotive, cette conception du thalamus comme centre de coordination automatique des jeux affectifs du visage, ressortent de la série des travaux expérimentaux, anatomo-pathologiques et cliniques de Rosenbach, Nothnagel, Bechterew, von Monakow et de Brissaud.

L'indépendance, et la dissociation possible, de l'innervation volontaire et de l'innervation mimique de la face, déjà soupçonnée par Descartes, entrevue par Ch. Bell, Romberg, Stromayer, Magnus, fut définitivement démontrée par Rosenbach et Nothnagel. Les recherches de Bechterew confirmées, au moins en partie, par les travaux de von Monakow aboutirent à localiser dans le thalamus le centre général de l'arc réflexe sensitivo-moteur involontaire des

expressions émotives. Kirchhoff[1], dans une intéressante étude sur le facies mélancolique et ses centres, arrive aux mêmes conclusions. Il localise dans le

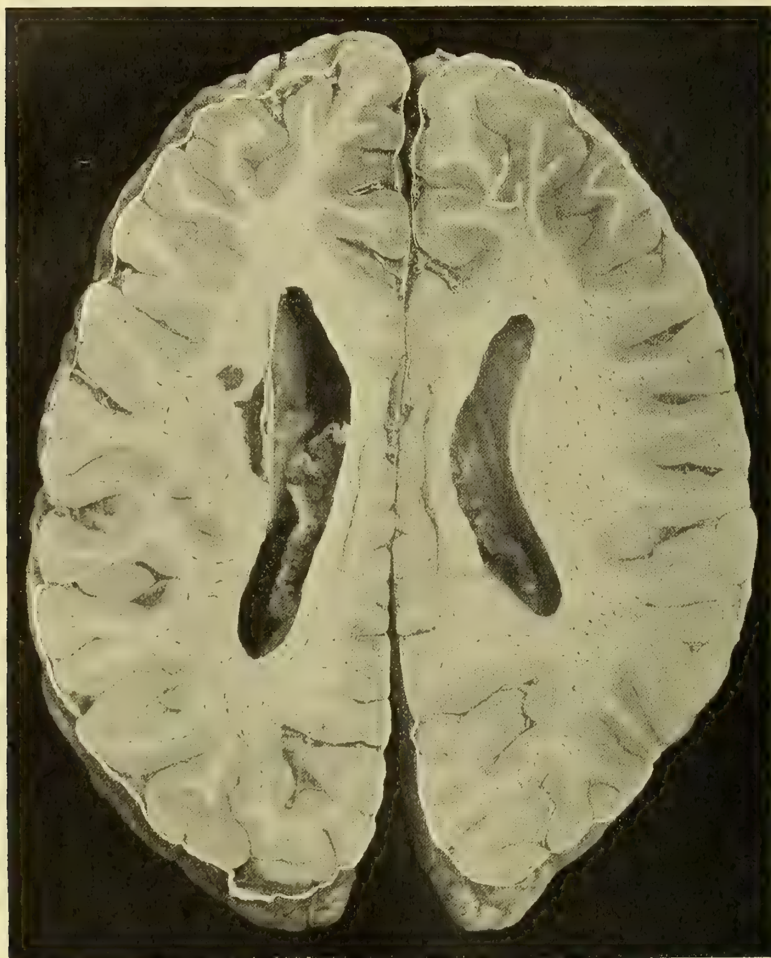


Fig. 148. — (Collection Dupré.) Deux foyers de ramollissement dans la région capsulo-nucléaire antérieure gauche. État criblé disséminé. Athérome cérébral. Dilatation ventriculaire. Hypertrophie kystique des plexus choroïdes. Rire et pleurer spasmodiques. La coupe horizontale du cerveau est pratiquée à 45 millimètres au-dessous du bord supérieur des hémisphères (elle est intermédiaire aux coupes 41 et 45 du tome I de l'Anatomie du système nerveux de Déjerine, fig. 220 et 221).

noyau médian du thalamus les centres de la mimique involontaire des émotions, et insiste sur les relations de ce noyau avec l'insula (rapports du langage

[1] Kirchhoff. Der melancolische Gesichtsausdruck und seine Bahn. *Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, t. 57, f. 4. 1900.

et de la mimique) et avec le corps strié (rapports de la vaso-motricité et de la mimique).

Les recherches de Oppenheim et Siemerling, de Déjerine et ses élèves, de Brissaud, ont mis en lumière le rôle des lésions bilatérales des hémisphères, ainsi que celui des foyers protubérantiels ou bulbaires, dans la pathogénie des troubles mimiques des paralysies pseudo-bulbaires et cérébro-bulbaires. Enfin, les observations de Burzio, de Mingazzini, de Rummo, de Dupré et Devaux, ont apporté les documents confirmatifs les plus probants à la doc-

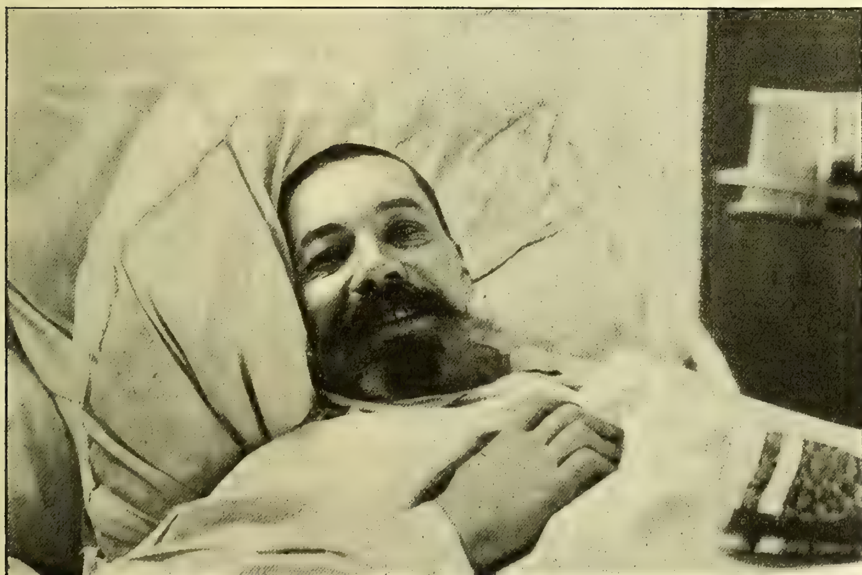


Fig. 149. — (Collection Dupré.) Rire spasmodique à prédominance unilatérale droite, chez un jeune pseudo-bulbaire dont l'hémiplégie gauche est beaucoup plus marquée que l'hémiplégie droite. Remarquable intégrité psychique, en rapport avec la limitation et le siège central des lésions nucléo-capsulaires.

trine de Brissaud, relative à la localisation dans le segment antérieur de la capsule interne, de la lésion qui préside à la genèse du rire et du pleurer spasmodiques. (Voy. fig. 148.)

Je n'entrerai pas ici dans l'exposé, même succinct, de tous ces travaux, dont on trouvera une analyse dans les thèses de Raulin [1], d'A. Comte [2] et de Toulzac [3], dans les ouvrages de Brissaud [4] et de J. Soury [5]. J'en résume en quelques mots les conclusions générales, applicables à l'étude clinique et à la

[1] Raulin. Le rire et les exhilarants. *Thèse* Paris, 1899.

[2] Albert Comte. Des paralysies pseudo-bulbaires. *Thèse* Paris, 1900.

[3] M. Toulzac. Rire et pleurer spasmodiques. *Thèse* Paris, 1901.

[4] Brissaud. Leçons sur les maladies nerveuses. Salpêtrière. 1893-94, XXIe leçon.

[5] J. Soury. Système nerveux central. Structure et fonctions. Paris, 1899.

conception pathogénique des troubles mimiques et psycho-réflexes dans les encéphalopathies organiques.

De nombreux malades, hémiplégiques ou paralytiques pseudo-bulbaires, atteints de lésions organiques anciennes du cerveau, foyers d'hémorrhagie, de ramollissement, de désintégration lacunaire, etc., présentent, indépendamment de leur déficit moteur, non seulement les symptômes plus ou moins manifestes d'un affaiblissement démentiel, en général proportionnel à leur âge, à leurs altérations vasculaires, à l'étendue et au nombre de leurs lésions centrales, etc., mais encore des troubles plus ou moins accusés de l'expression mimique, dont l'élément principal est représenté par le *rire et le pleurer spasmodiques.*



Fig. 150. — (Collection Dupré). Rire spasmodique chez une artério-scléreuse pseudo-bulbaire, atteinte d'un affaiblissement démentiel très marqué, mais non global (persistance de la conscience de son état, d'une partie de la mémoire, etc., de l'affectivité, etc. : preuves de jugement).

Ce syndrome, qui a fait l'objet d'une étude magistrale du professeur Brissaud [1], est caractérisé par des accès, involontaires et incoercibles, de secousses spasmodiques de rire ou de pleurer, qui sous l'influence de la moindre excitation psychique, s'emparent des malades et leur imposent ainsi des manifestations expressives tout à fait en désaccord avec leur véritable état affectif et intellectuel. Dès qu'on leur parle, qu'on s'approche seulement d'eux, leur face rougit, se contracte, et alors commence un accès de rire spasmodique, dont les convulsions expiratoires saccadées et incoercibles secouent le thorax, et ne cessent qu'à des intervalles irréguliers pour reprendre aussitôt à la moindre excitation. A de certains moments, c'est le pleurer spasmodique, dont les sanglots secouent la poitrine et dont la grimace attriste le visage des malades. Toutes les expressions intermédiaires et contradictoires entre le facies qui rit et le facies qui pleure peuvent, la plupart du temps, être saisies sur la figure des patients, avec leur transformation, leur mélange et toutes ces moda-

[1] Brissaud. Rire et pleurer spasmodiques. *Leçons sur les maladies nerveuses.* 1er volume. 1893-94.

lités des troubles de l'expression mimique qui caractérisent ce syndrome (fig. 150 et 151).

On conçoit aisément quel obstacle apporte à l'interrogatoire et à l'examen du sujet cette instabilité explosive du mécanisme psycho-réflexe. Il est fort difficile de faire la part, dans ce complexus psycho-mimique, de l'émotivité morbide et du trouble expressif; de discerner, sous le jeu désordonné de la mimique, le véritable état mental du malade. Quoique, au milieu de ces perturbations de la psycho-réflectivité, le degré de la sensiblerie démentielle soit fort malaisé à mesurer, on peut, surtout dans les cas où l'affaiblissement démentiel est léger, et le trouble mimique considérable, saisir un *contraste* très remarquable entre l'*intégrité relative des facultés mentales et la perturbation profonde des facultés d'expression.* Tel était le cas d'un malade de mon service, qui atteint d'un léger affaiblissement intellectuel, présentait de remarquables accès de rire et pleurer spasmodiques. Cet homme, qui se rendait bien compte de sa situation d'hémiplégique impotent et infirme et de la diminution de sa mémoire, avait appris à écrire de la main gauche, à soixante-deux ans; on pouvait encore juger de la conservation relative de son intelligence à ses actes, à sa conduite, à son regard, au jeu de sa physionomie en dehors de ses accès de rire et de pleurer, à la part qu'il prenait aux conversations tenues autour de lui; aux opérations de calcul par lui effectuées; à la conscience du milieu et du temps; à ses lectures; enfin, à l'impatience qu'il témoignait souvent, de sa maladie, des troubles de son langage (dysarthrie nasonnée), de ses accès de rire et de pleurer, etc.; au milieu de ces accès, il marquait sa gêne et sa honte, par ses mouvements d'impatience, ses gestes de dénégation, par lesquels il faisait comprendre que son intelligence ne s'associait pas à sa mimique; et que son sentiment souffrait d'être ainsi toujours



Fig. 151. — (Collection Dupré.) Même malade que figure 150. Pleurer spasmodique, alternant avec le rire spasmodique. Les troubles de la psychoréflectivité se superposent chez cette malade démentielle, aux troubles de l'émotivité (irritabilité, sensiblerie, etc).

trahi dans son expression. Lorsque, au cours de l'évolution ultérieure de l'encéphalopathie, l'état de ce malade, sous l'influence de nouvelles lésions, s'aggrava notablement et que l'affaiblissement démentiel devint manifeste, le rire et le pleurer spasmodiques cessèrent.

Je donne ici la photographie (fig. 149) d'un autre de mes malades, dont toutes les facultés psychiques, et notamment l'intelligence, sont demeurées remarquablement intactes; et qui, atteint de paralysie pseudo-bulbaire, présente du rire spasmodique, à prédominance droite : alors que la paralysie motrice prédomine beaucoup à gauche, dans les membres. En voilant alternativement l'une et l'autre moitié du visage, on met bien en évidence chez ce malade, l'asymétrie du trouble psycho-réflexe.

On voit, par la relation très résumée de ces cas[1], comment on peut arriver chez ces malades, à mesurer approximativement le degré, d'ailleurs variable et toujours relatif, de conservation de l'intelligence ; et à se rendre compte, par là, que le déficit mental est souvent plus apparent que réel.

Je donne ici (fig. 152), comme un spécimen de l'intégrité intellectuelle d'un pseudo-bulbaire profondément dysarthrique, ce billet que m'adressait la malade pour me demander sa sortie et m'en expliquer les motifs. Le langage oral de ce sujet était incompréhensible, en raison de l'intensité de la dysarthrie : la paralysie des membres était très légère, et l'intelligence nullement diminuée.

Cette analyse psychologique est particulièrement délicate et nécessite une observation assez prolongée du malade; surtout si aux perturbations de la mimique s'ajoutent des troubles dysarthriques et aphasiques qui mettent encore un obstacle de plus entre l'observateur et le malade.

On peut observer d'autres dissociations intéressantes entre le sentiment de l'émotion lui-même et les manifestations extérieures de cette émotion. J'ai observé, sur un malade, dont j'ai déjà cité le cas plus haut, un singulier trouble de la *psychoréflectivité de l'émotion,* qui démontre la nature jusqu'à un certain point indépendante, dans le processus de l'émotion, du sentiment et des manifestations réflexes de celui-ci. Le malade, dès qu'on s'approchait de lui et qu'on lui parlait, commençait à présenter les marques extérieures les plus manifestes, et d'ailleurs croissantes, de l'émotion (tremblement, rougeur, accélération du pouls et de la respiration, etc.). Et cependant, plusieurs fois interrogé à cet égard, le malade déclarait n'éprouver aucun trouble, aucune émotion : Il s'étonnait devant nous, et spontanément, de ces manifestations évidentes d'un trouble qu'il ne ressentait pas. « Je ne sais pas pourquoi je tremble ainsi... Je ne suis pourtant pas saoul... Je n'y comprends rien. » Ce malade présentait, dans le domaine de la psychoréflectivité de l'émotion de la peur, un trouble analogue à celui que présentent, dans le domaine de la psychoréflectivité de la gaieté ou de la tristesse, les malades atteints de rire et de pleurer spasmodiques. Ceux-ci rient et pleurent sans

[1] E. Dupré et A. Devaux. Rire et pleurer spasmodiques par ramollissement nucléo-capsulaire antérieur. Syndrome pseudo-bulbaire par désintégration lacunaire bilatérale des putamens. *Soc. de Neurologie*, 1901.

gaieté et sans tristesse ; celui-là tremble sans peur. Si j'ai rapporté ce cas avec quelque détail, c'est qu'il représente une contribution intéressante à l'étude analytique des émotions et du mécanisme de leur expression.

apré avoir bien refflaichie Je vous
demanderais à quittais L'opitale aujourdui
mes je serais bien contant que vous me
donniez un regime à suivre chez moi
Je viendrais au consltation suivant
le besoin de ma maladie que vous
le voulais bien — le travaille pour
moi ces ma sante , mes il meu
manque des force car tous les jour Je sen
que mes force sen vont Je voudrais
bien avoir quelque chose pour ~~ma~~ meu
fortifiau

Fig. 152. — (Collection Dupré.) Spécimen de conversation écrite, émanant d'un pseudo-bulbaire, dont les accidents paralytiques, très légers au niveau des membres, étaient très intenses dans les sphères de l'articulation verbale et de la déglutition. La dysarthie nasonnée était telle que le langage oral du malade était inintelligible. L'intégrité intellectuelle du sujet, qui se révèle dans ce billet écrit, contraste ici avec l'atteinte profonde des facultés d'expression verbale, dans le langage articulé.

Toute une autre série de troubles de la mimique peuvent être observés, associés ou non au rire et au pleurer spasmodiques, chez les cérébraux organiques à lésions multiples. Je n'y insisterai pas, parce qu'ils n'ont qu'un intérêt psycho-pathologique secondaire.

On peut observer, dans certains cas exceptionnels d'hémiplégie faciale d'origine centrale, *la conservation de la motricité mimique coïncidant avec l'abolition de la motricité volontaire,* du côté paralysé. Cette dissociation, bien observée par von Monakow, Bruns, Nothnagel, Bechterew, s'accompagne souvent de rire et de pleurer spasmodiques ; le malade étant privé, par suite de la paralysie de l'innervation volontaire du visage, de toute faculté d'inhibition de la motricité mimique. Inversement on peut observer la *paralysie isolée de la mimique avec conservation de la motilité volontaire* dans le domaine du facial (Stromayer, Romberg, Nothnagel, Gowers, Gayet, Rosenbach, Huguenin, Kirilzew, etc.). Ces faits intéressants, dont le mécanisme physio-pathologique est encore discuté, mettent bien en évidence la multiplicité et la relative indépendance des sources volontaire, mimique et réflexe de l'innervation faciale.

Certaines encéphalopathies à lésions multiples, au cours desquelles apparaissent fréquemment des troubles psychiques, entraînent, dans l'expression mimique permanente, des modifications profondes. Elles impriment aux traits des malades diverses déviations définitives, d'origine spasmodique ou paralytique, et il en résulte autant de *masques pathognomoniques* de certaines affections.

Ces *masques morbides* sont dus, soit à l'hypertonie spasmodique, soit à l'hypotonie paralytique de l'ensemble ou d'une partie de la musculature faciale. L'histoire des *masques myopathiques* ne rentre pas dans le cadre de notre étude.

A la série des *masques spasmodiques* se rattache la physionomie des encéphalites atrophiques scléreuses, ou porencéphaliques, (idioties, hémiplégies cérébrales infantiles, etc.,) de la sclérose latérale amyotrophique, de la sclérose en plaques, de la maladie de Parkinson, de l'athétose double.

A la série des *masques paralytiques* appartient la physionomie de la paralysie générale, de la démence sénile, de beaucoup de démences organiques, de l'alcoolisme chronique.

Dans la catégorie intermédiaire des *masques paréto-spasmodiques* se rangent le facies pseudo-bulbaire, et la physionomie de nombreux hémiplégiques : en ce dernier cas, l'altération mimique est souvent caractérisée par l'*asymétrie hémiplégique du tonus facial,* en excès (contracture hémispasmodique) ou en défaut (paralysie unilatérale).

Parmi tous ces masques morbides, un des plus importants à connaître, à cause de sa fréquence, et des erreurs en lesquelles il peut induire le médecin dans l'appréciation de l'état mental du malade, est le *facies pseudo-bulbaire* caractérisé par « le masque immobile, étonné et anxieux, la physionomie hagarde, la parole monotone, la bouche aux lèvres inertes, laissant involontairement couler la salive, la tête penchée, le regard fixe, la lenteur des mouvements... » (Brissaud).

Le *masque parkinsonnien* présente beaucoup d'analogies, ainsi que l'a

bien fait ressortir le Pr Brissaud, avec le masque pseudo-bulbaire. Les parkinsonniens ont la physionomie immobile et inquiète, le regard brillant et fixe, exprimant un « étonnement persistant, mêlé de défiance ». La mâchoire inférieure est animée de mouvements alternatifs et rythmiques d'élévation et d'abaissement; la langue apparaît aussi, par secousses successives, entre les arcades dentaires : on dirait que le malade *marmotte une litanie interminable* (Brissaud).

Les divers syndromes psychopathiques que peut susciter la démence organique, combinent leurs expressions particulières à celle de l'affaiblissement intellectuel et aux modifications pathologiques (paralysie faciale, ophtalmoplégie externe et interne, asymétries, tics, spasmes, stéréotypies, etc.), qu'apportent à la neuro-musculature de la face les diverses affections encéphaliques. La *superposition*, sur le visage de chaque malade, de *ces masques pathologiques multiples*, aboutit à des combinaisons mimiques très complexes, où l'œil de l'observateur doit s'efforcer, par une analyse souvent difficile, de retrouver, de mesurer et enfin d'interpréter les influences pathogènes, dont chacun de ces masques morbides représente la synthèse.

La plupart des cérébraux organiques ont de l'*asymétrie psychomimique*. Si l'on observe chez eux, en effet, successivement et séparément, les deux moitiés droite et gauche du visage, on constate, indépendamment des asymétries grossières d'origine paralytique, spasmodique ou myopathique, que le visage droit et le visage gauche n'ont pas la même expression; et que le regard, les traits, le caractère général de la mimique reflètent une activité psychique différente dans chacun de ces deux facies dimidiés.

La constatation de cette *hémimimie* (Pierret) a le plus grand intérêt théorique et pratique. Elle doit d'ailleurs être soigneusement interprétée dans sa pathogénie comme dans sa signification. Ainsi Lannois et G. Pautet (de Lyon) [1], ont bien montré les relations de l'asymétrie faciale, spasmodique ou paralytique, avec les affections de l'oreille, qui retentissent, par l'intermédiaire de la lésion de la 7e paire, à son passage dans le canal de Fallope, sur l'innervation périphérique de l'une des deux moitiés de la face.

D'une manière générale, cette asymétrie psychomimique se marque avec évidence, chez les malades non hémiplégiques, aux dépens du facies latéral opposé aux lésions cérébrales. Chez les pseudo-bulbaires, les parkinsonniens, l'examen dimidié du visage aboutit également à la constatation d'une asymétrie mimique, indicatrice du siège des lésions dominantes dans l'hémisphère opposé.

Ces études de *physiognomique comparée des deux moitiés du visage* fournissent les résultats les plus intéressants chez les psychopathes de tout ordre, non organiques. Elle met en évidence chez eux les asymétries dégénératives de structure et d'expression de la face. Paret [2] élève de Pierret, a consigné dans sa thèse les remarques les plus intéressantes sur le *latéralisme* physio-

[1] Lannois et Pautet. De l'asymétrie de la mimique faciale d'origine otique, en pathologie nerveuse. *Revue de Médecine*, 1902. G. Pautet. *Thèse de Lyon*, 1901.

[2] Paret. *Thèse de Lyon*, 1892.

nomique, dû chez l'homme sain à l'*inégalité d'action des deux cerveaux*. Je ne puis insister ici sur l'intérêt majeur de ces observations : et je termine en mentionnant l'application à ces recherches de la photographie, selon la technique suivie par Hallervorden[1] (de Königsberg). Cet auteur a, par son procédé, mis en valeur les asymétries des deux moitiés de la face, et constaté ainsi l'infériorité générale réelle des visages gauches. Les résultats sont inverses, chez les gauchers. Les recherches que j'ai entreprises dans cet ordre d'idées, me permettent de conclure, avec Hallervorden, à l'existence d'une cérébralité gauche pour l'expression mimique comme pour le langage et pour les usages de la main.

Ainsi se superpose, à l'asymétrie physiologique des destinations fonctionnelles des deux hémisphères, une asymétrie normale de l'expression mimique des deux visages ; et s'apprécie sur le facies, la différence de la projection à la périphérie, dans la neuro-musculature des deux moitiés du visage, de l'activité psychique centrale. Les insensibles transitions qui relient l'état normal à l'état pathologique, s'apprécient avec tout leur intérêt dans ce domaine, si précieux pour l'aliéniste, des observations physiognomiques.

Tout visage adulte, en effet, n'est que l'expression stéréotypée d'un long passé psychologique : et chacun de nous porte, écrite sur ses traits, l'histoire de sa personnalité, mentale et organique, antérieure. C'est à travers ce texte, déjà si touffu, qu'il faut savoir démêler les nouveaux caractères par lesquels la maladie actuelle déforme et surcharge les anciennes lignes. Comme autant d'obscurs grimoires à déchiffrer, tous les masques normaux et pathologiques, résument en eux l'histoire de leur psychologie. En comprenant ainsi l'importance, en neuropsychiatrie, de l'étude de la mimique, observée dans toutes ses modalités, spontanée et provoquée, volontaire et involontaire, émotive et réflexe : on admettra sans peine la légitimité et le grand intérêt de cette méthode objective et féconde de psychologie positive, fondée par Lebrun, Gall et Lavater, scientifiquement établie par Duchenne de Boulogne, Grotiollet, Darwin, Piderit, Mantegazza, et enrichie depuis par les études de Pierret, Brissaud, Mosso, Sikorsky, Richer, Meige, etc., la *Physiognomonie clinique*[2].

A l'histoire des troubles de la mimique dans les psychopathies organiques, se rattache l'étude des *attitudes*, des *démarches*, des *habitus pathologiques*, qui caractérisent le syndrome de certaines encéphalopathies chroniques. Je signalerai, sans les décrire, l'attitude soudée, l'habitus figé, la démarche raide, lente et festinante du *parkinsonnien*, la démarche à petits pas du *pseudo-bulbaire*, la déséquilibration ébrieuse et titubante du *cérébelleux*, la démarche hélicopode de l'*hémiplégique*, etc., etc.

[1] Hallervorden. Eine neue Methode experimenteller Physiognomik. *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift. October* 1902, n° 28.

[2] Consulter les travaux récents de :

G. Dupuis. Essais sur les mimiques voulues. *Thèse Lyon*, 1897.

P. Farabeuf. Contribution à l'étude de la physionomie chez les aliénés. *Thèse Paris*, 1898.

Ed. Cuyer. La mimique. *Biblioth. de Psychologie expérimentale*. Paris, 1902.

Les *tremblements*, les *chorées*, les *athétoses*, les *tics* font partie intégrante de la séméiologie grossière et apparente des encéphalopathies accompagnées de troubles psychiques.

Ces divers troubles moteurs, ainsi que la classe si curieuse et si riche des *stéréotypies*, s'associent, chez beaucoup de psychopathes organiques, en complexus cliniques variés, d'aspect individuel, et d'analyse d'autant plus difficile que le syndrome date de plus loin. Séglas[1] et son élève Cahen, Brissaud et Meige[2] ont bien montré l'intérêt clinique et la signification pronostique de ces troubles moteurs. Morel avait déjà établi les relations de ces troubles avec l'involution démentielle, et Dufour[3] a présenté un intéressant exemple clinique à l'appui de cette loi pronostique.

Je mentionne enfin les syndromes si complexes qui résultent de l'association, au tableau clinique de ces encéphalopathies, de phénomènes *hystériques*, *neurasthéniques et phobiques*, qui se superposent aux troubles somatiques (paralysie, contractures, aphasies) et psychiques (démence, délires, hallucinations) de la maladie.

III. — TROUBLES PSYCHIQUES DANS LES ENCÉPHALOPATHIES A LÉSIONS DIFFUSES AIGUES ET CHRONIQUES

Je comprends sous ce titre l'étude des troubles psychiques, non seulement dans les affections cérébrales diffuses, telles que les *méningites* et les *encéphalites* ; mais encore ceux qui surviennent au cours d'encéphalopathies anatomiquement circonscrites, telles que les *abcès* et les *tumeurs du cerveau*. Si, en effet, dans ces affections, la lésion causale apparaît, dans son siège anatomique, bien localisée, elle est, cliniquement dans ses effets secondaires, et pathogéniquement par son action à distance, essentiellement diffuse. Si les néoplasmes et les abcès encéphaliques provoquent souvent, par leur action topographique, des réactions locales, des symptômes de foyer ; ils déterminent toujours, par un mécanisme pathogénique assez complexe dans lequel l'intoxication de l'encéphale joue le rôle principal, des réactions générales, des symptômes diffus, parmi lesquels doivent être rangés les troubles psychiques.

S'il est une étude de médecine clinique qui se prête mal aux exigences des classifications doctrinales, et dont l'exposé défie toute tentative soit de sériation analytique des détails, soit d'ordonnance synthétique de l'ensemble, c'est assurément l'histoire des troubles psychiques des encéphalopathies diffuses. C'est un vaste et mouvant tableau, sans contours arrêtés, sans linéament précis, susceptible, dans ses formes, ses couleurs et ses perspectives, de variations incessantes et de combinaisons imprévues : cette complexité clinique est la résultante, sans cesse inédite, des réactions psychopathologiques

[1] J. Séglas. Article Séméiologie. — H. Cahen. Les stéréotypies. *Archiv. de neurologie*, 1901.
[2] Brissaud et Meige. *Soc. de neurologie*, janvier 1903. — Meige et Feindel. Les tics, 1902.
[3] Dufour. *Soc. de neurologie*, 1902.

d'un malade, aux multiples facteurs pathogéniques en cause dans chaque cas. Du conflit de tant d'éléments divers, sort toujours une matière clinique nouvelle, et l'on conçoit que la série indéfinie de ces cas individuels soit d'une exposition doctrinale difficile.

Afin d'apporter un peu d'ordre dans la description, je considérerai les troubles psychiques successivement dans les *encéphalopathies diffuses aiguës* et dans les *encéphalopathies diffuses chroniques*.

Les premières comprennent d'une part, les *méningo-encéphalites diffuses aiguës et tuberculeuses*, et les *abcès de l'encéphale ;* d'autre part, les *états psychopathiques aigus ou subaigus, d'origine toxi-infectieuse* : tels que la *psychose polynévritique*, la *confusion mentale* liée à des lésions cellulaires fines de l'écorce.

Les secondes sont les *méningo-encéphalites diffuses chronique, alcoolique, syphilitique*, etc., les *tumeurs cérébrales*, les *encéphalopathies du tabes, de la sclérose en plaques*, etc. ; les *lésions cérébrales vasculaires de l'athérome, de la sénilité*.

A. ENCÉPHALOPATHIES DIFFUSES AIGUES

I. — MÉNINGO-ENCÉPHALITES DIFFUSES AIGUES ET TUBERCULEUSES

Méningites aiguës.

Les troubles psychiques, qui sont très fréquents au cours des méningites aiguës, relèvent des perturbations rapides et profondes que provoquent, dans la nutrition des neurones corticaux, l'ensemble du processus toxi-infectieux local qui aboutit à l'inflammation des méninges[1]. Les troubles psychiques, qui sont nuls ou négligeables chez le nourrisson, accessoires le plus souvent chez le jeune enfant, où prédominent les accidents convulsifs, acquièrent chez l'adolescent et l'adulte une importance majeure, et en général proportionnelle à la prédisposition névropsychopathique héréditaire (dégénérescence mentale) ou acquise (alcoolisme, surmenage, etc.) des malades. Ils sont toujours beaucoup plus précoces et plus marqués dans les *méningites de la convexité* que dans celles de la base du cerveau, dans les *lésions du pôle antérieur* que dans celles du pôle postérieur de l'encéphale.

Dans certains cas, pour des raisons qui nous échappent, des méningites aiguës suppurées, avec exsudat épais et étendu, ne provoquent aucune réaction psychopathique. Ces *méningites latentes*, dont la connaissance importe au médecin légiste, peuvent tuer les malades rapidement sans autre histoire clinique qu'une courte agonie comateuse, que n'a précédée aucun prodrome saisissable. Ces cas latents forment le contraste le plus saisissant avec ceux où *l'explosion soudaine et dramatique de symptômes psychopathiques aigus* (agitation, délire, hallucinations, etc.), surajoutés à toute la phénoménologie somatique des méningites (céphalée, fièvre, vomissement, constipation), autorise à soupçonner le développement de lésions méningitiques et où l'examen

[1] P. Thomas. Altérations du cortex dans les méningites aigües. *Thèse* Lyon, 1902.

nécroptique ne révèle aucune altération macroscopique saisissable. Cette double série de cas si opposés démontre clairement la relative indépendance des troubles psychopathiques et des lésions inflammatoires grossières des méningites, et l'importance majeure, dans la pathogénie de ces troubles mentaux, de l'aptitude réactionnelle de la cellule corticale, troublée dans sa nutrition et sa vitalité. Hutinel[1] dit fort judicieusement que la nature et les formes du délire sont plus en rapport avec les tendances innées ou acquises des sujets qu'avec l'étendue des lésions. Et il ajoute : C'est surtout la prédisposition psychique, héréditaire ou personnelle, qui fait que tel méningitique s'agite comme un maniaque, tandis que tel autre est déprimé ou taciturne comme un mélancolique.

La psycho-séméiologie des méningites aiguës, très riche en symptômes de tout ordre, est très pauvre en syndromes cohérents, systématiques, qui, par leur groupement ou leur succession, puissent révéler l'origine méningitique des accidents. D'une manière générale, le début de l'évolution méningitique est signalé par l'apparition de phénomènes d'*excitation psychique,* diffuse et générale; l'*éréthisme cortical* s'accuse par de l'agitation intellectuelle et motrice, de la loquacité, de la jactitation, de l'insomnie, de l'éclat du regard, de l'injection du visage et des oreilles, etc. Un degré de plus, non dans l'évolution morbide actuelle, mais dans le nervosisme antérieur du sujet, et le tableau rappelle celui de l'excitation maniaque, avec des caractères qui en spécifient la nature toxi-infectieuse aiguë : apparition des illusions et hallucinations, surtout visuelles, exacerbation vespérale et nocturne des phénomènes morbides, céphalée, troubles respiratoires et circulatoires, tremblement, inégalité pupillaire, etc. La marche des méningites aiguës est, en général, trop rapide, pour que ce syndrome psychique initial ne subisse pas promptement, par suite de l'évolution morbide, de profondes modifications. En même temps qu'apparaissent les différents symptômes somatiques de l'affection, l'excitation initiale s'apaise et les phénomènes de *dépression psychique,* avant-coureurs du *coma terminal*, s'accusent par l'apathie morale et l'inertie physique, l'obnubilation progressive de l'idéation consciente, la confusion intellectuelle, la torpeur, la somnolence, le gâtisme. Suivant une loi classique de physiologie générale, l'atteinte morbide de l'élément anatomique, en l'espèce le neurone cortical, s'est traduite d'abord par l'irritation, puis par l'épuisement fonctionnel de la cellule qui va mourir.

La *succession de ces deux phases, d'excitation et de dépression* sensorielle et psychique, l'*acuité d'évolution* des accidents, enfin l'ensemble des symptômes généraux et somatiques, au milieu desquels se précipite le procès morbide dans la méningite aiguë, rappellent d'assez près le tableau, soit du délire aigu, soit des troubles cérébraux aigus de la période initiale des états typhoïdes. Cette ressemblance des symptômes s'explique par l'analogie des processus pathogéniques. Dans tous ces cas, l'*imprégnation toxi-infectieuse du cortex* provoque le syndrome caractéristique des psychoses toxiques aiguës,

[1] V. Hutinel. Les méningites aiguës. Traité de Brouardel-Gilbert. T. IX. 1902.

avec ses éléments constitutifs constants : céphalée, hyperesthésie sensorielle, hallucinations surtout visuelles et tactiles, confusion mentale, délire onirique, agitation ou torpeur, réactions anxieuses, insomnie ; et l'infection générale se traduit par les symptômes somatiques et généraux qui la caractérisent (fièvre élevée, dénutrition, état général, etc.)

Lorsque ce syndrome psychopathique toxi-infectieux aigu a pour substratum anatomique une méningite diffuse, les progrès de l'affection locale ajoutent rapidement au syndrome psychique des symptômes révélateurs des lésions en foyer : contractures, convulsions, paralysies, ophtalmoplégies, troubles du pouls et de la respiration, etc. Les vomissements à caractère cérébral, la constipation avec rétraction du ventre, la céphalée, plus vive dans la méningite aigue, que dans les états cérébraux aigus non méningitiques (délires alcoolique, typhique, infectieux, etc.) conservent, en l'espèce, toute leur valeur diagnostique.

Les convulsions localisées, souvent à forme monoplégique, à caractère automatique, peuvent, au cours de la méningite aiguë, revêtir l'allure de *mouvements coordonnés, de tics,* et se répéter avec une régularité rythmique remarquable. Ces convulsions ont une signification précieuse pour le diagnostic de la nature méningitique du processus morbide ; car elles témoignent de l'excitation directe, dans les zones psychomotrices de l'écorce, de certains foyers circonscrits, en rapport avec les fonctions musculaires des membres. La lésion fait ici, au hasard de sa topographie, œuvre d'analyse expérimentale, et provoque à la périphérie des décharges motrices, dont le caractère indique la mise en jeu des associations cellulaires les plus hautement différenciées de la zone psycho-motrice. Cet *automatisme morbide*, qui s'exerce d'ailleurs tout à fait en dehors de la conscience et de la volonté, est tantôt surajouté, tantôt combiné au thème principal du délire.

Je ne puis insister ici sur les *innombrables variations* que peut présenter, dans chaque cas particulier, le tableau clinique des troubles psychiques dans les méningites aiguës. Ces variations, qui s'exécutent toujours sur le fond principal que je viens d'indiquer, tiennent à des causes multiples. L'*influence héréditaire psychopathique* fait prédominer, dans le tableau clinique, les *ébauches de systématisation délirante* temporaire, les idées de persécution, etc, ; l'*influence alcoolique*, héréditaire ou acquise, multiplie les *processus hallucinatoires,* les réactions anxieuses ; le *surmenage antérieur*, l'état de *consomption organique* consécutif, créent des réactions analogues à celles du *délire aigu;* une *infection en cours*, que complique la méningite aiguë secondaire, *modifie profondément le tableau clinique* de la réaction psychopathique : en général, elle l'*atténue,* l'abrège et le réduit souvent au *coma terminal;* telle est parfois l'histoire clinique, au point de vue psychique, des méningites aiguës secondaires à la pneumonie lobaire chez les vieillards et à la fièvre typhoïde chez les adultes. Dans d'autres cas, une *subite et courte période d'excitation sensorielle et délirante* avec réactions motrices, fugues, précède l'apparition du *collapsus terminal.*

Quand la méningite aiguë affecte la *forme cérébro-spinale,* elle est parfois

longtemps latente, et du type *ambulatoire*. On observe, en pareil cas, de la dépression psychique, de la torpeur intellectuelle, un état mental analogue à celui de la première période de la fièvre typhoïde.

L'association de cet état mental aux phénomènes spinaux, la notion de l'épidémicité, celle des conditions étiologiques, pourront aider, en l'absence de signe manifeste de méningite cérébrale, à poser un diagnostic précoce, que confirmera la *ponction lombaire*.

Les intéressantes observations de A. Chauffard [1], Joffroy [2], Netter [3], Widal et Lemierre [4] ont bien mis en lumière la réalité et le polymorphisme des *suites éloignées de la méningite cérébro-spinale aiguë*. Ces séquelles méningitiques semblent porter principalement sur les fonctions médullaires : mais il ressort des observations de Netter (surdimutité consécutive à une surdité méningo-labyrinthique) d'Antony [5] (aphasie, démences, secondaires à la méningite aiguë) de Moizard et Grenet [6] (graves modifications du caractère, chez un enfant guéri d'une méningite aiguë) que la méningite cérébrale aiguë peut laisser, après sa guérison, des altérations et des déficits sensoriels, aphasiques et psychiques permanents et graves. Les suites psychopathiques des méningites sont proportionnelles, dans leur intensité, au jeune âge des sujets. Chez les tous jeunes enfants, elles sont représentées par les différentes variétés méningitiques de l'idiotie.

Méningite tuberculeuse.

La méningo-tuberculose comporte, au cours d'une évolution plus longue, des réactions psychopathiques plus variées et plus nombreuses. Ces réactions sont essentiellement commandées, dans leur nature et leurs caractères, par l'âge des malades, leur degré de prédisposition névropathique, héréditaire ou acquise ; et, dans une certaine mesure, par *la localisation dominante des lésions*, à la base ou à la convexité, au pôle frontal ou aux régions postérieures. Si, au point de vue des symptômes généraux, la méningite tuberculeuse comporte bien des variétés, au point de vue des réactions psychopathiques, elle revêt des formes encore plus diverses ; et l'on peut dire en ce sens, que *chaque malade a une méningite particulière*, dont l'expression psychopathique est presque toujours conforme à sa réaction cérébrale individuelle, à sa formule mentale personnelle. « Pour être complet il faudrait presque instituer autant de formes qu'il y a de malades » (Chantemesse).

[1] A. Chauffard. Des suites éloignées des méningites cérébro-spinales aiguës *Soc. méd. des Hôpitaux*. 22 mars 1901.

[2] A. Joffroy. Même sujet. *Loc. cit. Soc. méd. des Hôpitaux*.

[3] A. Netter. Idem. *Soc. méd. des Hôpitaux*. 29 mars 1901.

[4] Widal et Lemierre. Idem. *Soc. méd. des Hôpitaux*. 26 décembre 1902.

[5] Antony. Idem. *Soc. méd. des Hôpitaux*. 29 mars 1901.

[6] Moizard et Grenet. Idem. *Soc. méd. des Hôpitaux*. Décembre 1902.

Les troubles psychiques de la méningo-tuberculose doivent être étudiés aux trois stades successifs de l'évolution clinique de l'affection : durant les prodromes, pendant la période d'état, et enfin au moment de la terminaison.

La *période prodromique* de la méningite tuberculeuse a une durée extrêmement variable et dont le début ne peut être précisé : contemporaine de l'infection bacillaire d'un autre territoire de l'organisme, et d'une évolution tuberculeuse, latente ou manifeste, des ganglions, des poumons, etc., elle confond ses manifestations cliniques avec les effets de ces lésions primitives; et, parmi les troubles de toute nature qui précèdent le début de la méningite tuberculeuse, on distingue malaisément des symptômes de souffrance générale de l'organisme et du système nerveux, les signes révélateurs précoces de l'atteinte morbide de la séreuse cérébrale.

Les *troubles psychiques prodromiques de la méningite tuberculeuse* peuvent apparaître soit dans la période qui précède immédiatement l'éclosion des accidents méningés, soit beaucoup plus tôt, quelques mois, parfois quelques années avant le début de l'affection. Le mécanisme pathogénique de ces derniers troubles peut prêter à la discussion : on peut les imputer à la souffrance d'un cortex, encore anatomiquement indemne de produits tuberculeux, mais exposé aux conséquences indirectes de la toxi-infection bacillaire de l'organisme. On peut les rapporter aux débuts mêmes d'une germination tuberculeuse précoce et discrète ou avortée.

J'ai eu, à deux reprises, l'occasion d'observer l'*association de ces troubles prodromiques psychiques à de pénibles et tenaces douleurs dorso-lombaires*, nettement rachidiennes. Dans un de ces deux cas, la rachialgie fut longtemps attribuée à un syndrome neurasthénique, dont l'état psychique constituait les autres éléments. L'évolution montra la nature méningitique de tous les symptômes, mentaux et rachialgiques. Dans le second cas[1], la nécropsie montra une méningo-myélite dorso-lombaire prédominante, avec invasion secondaire de la pie-mère cérébrale : dans les deux cas, le cyto-diagnostic céphalo-rachidien fut positif. Ce sont là des exemples de *méningo-bacillose subaiguë, à évolution lente, à localisation très probablement médullaire initiale* et à *processus ascendant*. Cette filiation des phénomènes donne bien aux *prodromes psychopathiques* toute leur *valeur séméiologique*, en montrant l'exquise susceptibilité réactionnelle de l'écorce cérébrale à l'intoxication diffuse du névraxe, par des poisons issus d'un foyer morbide encore discret et éloigné. Il convient, en tous cas, de voir, dans ces troubles mentaux prodromiques, la preuve d'une vulnérabilité cérébrale toute spéciale. Le terrain psychique marque ainsi, par ces réactions subtiles et précoces, ses aptitudes pathologiques natives ou acquises.

Les *troubles mentaux qui précèdent à longue échéance le début de la méningite tuberculeuse*, et que Chantemesse, dans un chapitre de sa remarquable thèse[2], a groupés sous le titre de « Troubles cérébraux prémoni-

[1] Dupré, Hauser et Sébilleau. Méningo-myélite tuberculeuse subaiguë. *Société de Neurologie*, 1903.

[2] Chantemesse. Étude sur la méningite tuberculeuse de l'adulte. Les formes anormales

toires dans la méningite tuberculeuse », sont caractérisés par de l'affaiblissement général de l'intelligence, des perversions morales ou affectives variées, des désordres dans les actes, des bizarreries dans la conduite. Les observations cliniques diffèrent beaucoup les unes des autres : tantôt il s'agit d'un changement complet dans le caractère, tantôt d'idées de persécution, tantôt de modifications dans la conduite, qui devient étrange, tantôt d'actes immoraux, d'escroqueries; tantôt d'une période de dépression mélancolique ou d'excitation maniaque, etc. ; ces lointains prodromes apparaissent quelques mois ou quelques années avant l'éclosion de la méningite. Celle-ci, par son apparition, vient à la fois clore la série et éclairer la nature des accidents.

Ces relations entre les *troubles psychiques* et le développement insidieux d'une *tuberculose méningo-cérébrale latente* ont un *intérêt médico-légal* non négligeable ; deux des malades observés par Chantemesse avaient été mis en prison, pour des *délits commis sous l'influence du début de la tuberculisation méningée*, reconnue à l'autopsie quelques semaines plus tard. Aussi Chantemesse conclut-il, avec raison, que, à côté des troubles cérébraux qui n'atteignent que l'individu, il en est d'autres dont le caractère est à la fois plus dissimulé et plus dangereux, et qui conduisent les patients à subir les condamnations judiciaires les plus graves.

Les *troubles psychiques immédiatement prodromiques* de la méningite tuberculeuse sont constants et beaucoup plus connus. Ils consistent principalement en *modifications du caractère*, secondaires à des perturbations, de sens variable, de l'émotivité et de l'affectivité. Les malades, le plus souvent des enfants, deviennent tristes, taciturnes : ils recherchent la solitude et le silence : grognons, querelleurs, hargneux, ils se montrent d'une irascibilité insolite. Dans d'autres cas, au contraire, ils deviennent anormalement tendres câlins, affectueux, et recherchent les caresses de leur entourage.

A ces perversions pathologiques de l'émotivité et de l'affectivité, s'ajoutent des troubles du sommeil, des cauchemars, des terreurs nocturnes, des hallucinations ; enfin, plus rarement et chez les adultes seulement, des idées délirantes variées, du désordre des actes, des fugues, des bizarreries de la conduite. Comme ces troubles psychiques se développent chez des sujets compromis dans leur nutrition et leur vitalité par l'infection tuberculeuse en voie d'extension et de dissémination progressives, le médecin peut entrevoir parfois la cause organique fondamentale de ces manifestations prodromiques, et dépister ainsi, à ses débuts, la méningite tuberculeuse. L'erreur inverse peut être aussi commise : devant l'ébauche d'un tableau clinique qui rappelle, souvent de fort près, celui de cette période prodromique, on pense, surtout chez des sujets suspects, à la possibilité d'une méningite tuberculeuse au début, et la suite des événements ne confirme pas ces soupçons.

Lorsque l'évolution morbide démontre, par l'apparition des signes soma-

en particulier. *Thèse*, *Paris*, 1884. Lire les huit observations, dans lesquelles sont mentionnés les prodromes psychopathiques.

tiques classiques, l'existence de la méningite tuberculeuse, de nouveaux troubles psychiques s'associent aux symptômes physiques.

Un symptôme assez fréquemment constaté, au cours de la méningite tuberculeuse, surtout dans la méningite en plaques, est l'*aphasie,* surtout l'aphasie motrice. Madelaine [1] en cite de nombreux exemples, et insiste sur l'intérêt du symptôme dans le diagnostic de la méningo-tuberculose en plaques (observations de Balzer, Josias, Gombault, etc.) Carrière [2] a publié une intéressante observation de méningite tuberculeuse avec surdité verbale, puis surdité corticale, agneusie, anosmie ; les lésions prédominaient dans les régions sylviennes et temporales.

La psychoséméiologie de la *période d'état* de la maladie se caractérise, avant tout, par une modification profonde du ton affectif et de l'obnubilation de l'intelligence, accessoirement par des troubles sensoriels, de la confusion mentale et des idées délirantes, qui altèrent profondément la personnalité du malade.

Ces troubles se marquent, dès le début, par l'attitude générale du corps, l'expression du visage et du regard, les modifications du langage, les réactions mimiques. Le malade, le plus souvent immobile et somnolent, taciturne, indifférent au monde extérieur, semble poursuivre un rêve pénible ou une méditation profonde ; des grimaces rapides, des soupirs profonds, des gémissements, des mouvements automatiques variés scandent irrégulièrement cette obscure etdouloureuse pantomime : le malade sort de temps à autre de cet état, sous l'influence d'excitations, spontanées ou extérieures, comme les crises de céphalée ou un appel impérieux, pour émettre des plaintes, des remarques, ou des réponses précises aux questions posées. Il retombe ensuite rapidement dans le même état d'indifférence, de rêve et de demi-stupeur. Souvent couché en chien de fusil, la face tournée du côté opposé à la lumière, les yeux fermés et le visage contracté dans une grimace continue et douloureuse, le malade éveille par son seul habitus le soupçon de la méningite : lorsqu'il ouvre les yeux, l'expression fixe, étonnée et hostile du regard, le froncement des sourcils, trahissent la perversion des sentiments affectifs : et en effet, le malade redoute l'approche de ses parents et du médecin, et les personnes les plus familières lui deviennent importunes; la parole est rare, brève, manifestement pénible au malade : les réponses sont courtes, saccadées monosyllabiques, émises avec mauvaise humeur.

Avec les progrès de l'évolution méningitique, les altérations psychiques se marquent davantage : la *période d'interférence symptomatique,* dite d'oscillation, de rémission ou de transition, est signalée par la sédation de l'éréthisme cérébral, l'apaisement de l'agitation mentale, et le *retour partiel et temporaire de la lucidité intellectuelle et du calme psychique.* C'est à ce moment caractéristique de l'évolution de la méningite tuberculeuse, que l'entou-

[1] G. Madelaine. Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse en plaques. *Thèse Paris,* 1902.

[2] Carrière. *Archives cliniques de Bordeaux.* 1896.

rage, trompé par les apparences de la situation, se félicite de cette détente générale et espère tout d'un changement de si bon augure. L'évolution morbide suit cependant son cours, et ce réveil momentané de l'intelligence annonce l'imminence de la période terminale, paralytique et comateuse, de la maladie.

Au cours de la période d'état, à ces symptômes fondamentaux (obnubilation et confusion mentales, dépression psychique, perversion affective) s'ajoutent, par intermittences, surtout le soir et la nuit, du *subdélire*, à forme tranquille, avec *marmottement, carphologie*, etc. Plus rarement les malades sont tourmentés par des *troubles sensoriels* plus ou moins marqués, des *hallucinations* surtout visuelles, et portant bien la marque de leur nature toxi-infectieuse : multiples, mobiles, pénibles ou terrifiantes, surtout nocturnes.

Ces troubles sensoriels peuvent déterminer des *réactions motrices*, le plus souvent *défensives ;* des impulsions parfois violentes ; en tous cas, ils alimentent le délire et augmentent la confusion mentale : il peut en résulter un *état d'agitation délirante et motrice* avec incohérence dans les idées et violence dans les actes[1]. Ces manifestations, d'ailleurs rares, essentiellement passagères, ont été observées chez des *prédisposés vésaniques*, et surtout chez des *alcooliques*.

Dans d'autres cas, le délire revêt la *forme érotique*, avec hallucinations génitales, et excitation sexuelle, attitudes passionnelles, et spasmes rythmiques du bassin.

Des *idées de persécution* peuvent aussi apparaître, au cours de l'évolution morbide, mais absolument dénuées de cette apparence de systématisation qu'elles peuvent revêtir dans la période prodromique.

Des idées de ruine, de culpabilité, de damnation, ont été également observées, dans les *formes mélancoliques du délire méningitique*.

Vigouroux[2] a publié une intéressante observation de méningite tuberculeuse, précédée d'une période de délire mélancolique qui dura plusieurs mois, avant l'explosion des accidents nettement méningitiques qui emportèrent le malade en deux semaines. La nécropsie démontra une méningite tuberculeuse de la base, prédominant à la face inférieure des lobes frontaux, où les lésions semblèrent également plus anciennes qu'à la partie moyenne de la base.

Quelles que soit leur forme, leur intensité et leur durée, les troubles psychiques de la méningite tuberculeuse semblent *indépendants de l'état de la température :* le délire peut être très intense, quand la fièvre manque, et n'être qu'à peine appréciable quand la méningite, accompagnée de bronchopneumonie tuberculeuse, dessine une courbe qui oscille autour de 40° (Chantemesse). Une autre loi de ces réactions psychopathiques, est leur grande *variabilité*. D'un bout à l'autre de l'évolution morbide, l'état psychopathique se modifie incessamment.

[1] Sornas. Méningite tuberculeuse à forme de delirium tremens. *Thèse Paris*. 1887.

[2] Vigouroux. Méningite tuberculeuse à forme mélancolique. *Soc. médico-psychologique*. Juin 1901.

La *période terminale* de la méningite tuberculeuse est marquée, dans la sphère psychique, par les progrès de l'obnubilation intellectuelle, de la torpeur et de la somnolence ; la conscience disparaît et toute activité intellectuelle cesse. La résolution musculaire est complète, l'anesthésie sensitivo-sensorielle absolue et le malade succombe dans le *coma*.

Telle est la physionomie générale des troubles psychiques de la méningite tuberculeuse. Cette description ne vise d'ailleurs que les réactions psychopathiques de la méningite bacillaire de l'adulte, dite primitive ; les formes secondaires, celles qui tuent les tuberculeux pulmonaires ou génito-urinaires, les phtisiques, qui, selon l'expression de Guersant, meurent par la tête, varient beaucoup dans leur expression clinique : l'évolution en est le plus souvent très raccourcie, et dans l'explosion subite des symptômes de la détermination méningée mortelle, le délire n'occupe qu'une place secondaire : l'apparition de ce délire acquiert cependant en l'espèce une haute valeur séméiologique : surtout lorsque les autres phénomènes cérébraux sont frustes et atténués.

On conçoit qu'en raison du polymorphisme et du caractère souvent irrégulier et ataxique des formes psychopathiques de la méningite tuberculeuse, la nature fondamentale de l'affection soit méconnue et que le diagnostic reste souvent, en l'absence d'autopsie, incertain. G. Landel[1] rapporte une observation intéressante, qu'il tient de son maître Siredey, et dans laquelle une jeune dame mourut d'une affection délirante aiguë, à forme érotique, suivie d'excitation maniaque, et de coma. On ne porta le diagnostic rétrospectif très plausible de méningite tuberculeuse chez cette femme, que quelque temps après sa mort, lorsqu'un de ses enfants fut atteint lui-même de méningite tuberculeuse à évolution classique. Le *diagnostic rétrospectif de la nature méningo-bacillaire des accidents psychiques* de la mère s'éclaira alors par la méningite de l'enfant, et par le rappel de certains symptômes significatifs qu'avait présentés la malade.

La question des *rapports entre le siège des lésions et la nature psychique des symptômes* de la méningite tuberculeuse s'éclaire par l'étude de quelques observations, qui démontrent la prédominance et l'antériorité manifeste des lésions frontales dans les formes mentales de l'affection. A rapprocher du cas plus haut cité de Vigouroux, est l'observation de Bergé[2], dans laquelle un alcoolique commença l'évolution clinique d'une méningite tuberculeuse par une période, de deux semaines environ, de troubles mentaux graves, avec désordres de la conduite, fugues, etc. En présence d'un diagnostic difficile, la ponction lombaire, pratiquée douze jours après le début des accidents, fut négative : une seconde ponction, faite trois jours plus tard, donnait un liquide louche chargé de lymphocytes. La nécropsie montra une énorme prédominance des lésions méningo-bacillaires en nappe à la région frontale,

[1] Gaston Landel. — Contribution à l'étude clinique de la méningite tuberculeuse de l'adulte. Thèse de Paris, 1896.

[2] A. Bergé, *Soc. de Neurologie*, 1903.

surtout à la face interne des lobes frontaux. Le *caractère psychopathique* du début et de l'évolution de l'affection, la *localisation frontale* des lésions, enfin la *différence des résultats des ponctions lombaires successives*, sont des faits intéressants à rapprocher : car ils éclairent la nature des réactions cliniques par le siège des altérations anatomiques, et ils montrent l'intérêt de l'*étude des modifications évolutives du liquide céphalo-rachidien*, au cours des méningites primitivement localisées et secondairement généralisées.

L'étude anatomique et clinique, la cytodiagnostic, des méningites a démontré la possibilité de la guérison non seulement des méningites aiguës mais encore de la méningite tuberculeuse. Cette notion a ouvert le chapitre encore bien récent des suites lointaines des méningites sur les fonctions psychiques. Je ne reviens pas sur les quelques indications que j'ai données à ce sujet, à l'occasion des méningites cérébro-spinales aiguës (voir plus haut). La littérature médicale est encore plus pauvre en documents de cet ordre, relatifs aux suites de la méningo-tuberculose guérie. Les études que j'ai faites, à propos du méningisme, sur cette question, me portent à penser que, le plus souvent, la méningite tuberculeuse guérie récidive, et emporte le malade, après un intervalle de santé physique relative, et de santé psychique encore plus précaire. Dans d'autres cas, on observe un affaiblissement intellectuel manifeste, qui confine à la *débilité mentale*. Chez les tout jeunes enfants, la tuberculose méningée curable est une des causes anatomiques de l'*Idiotie*. La *surdi-mutité*, qui succède souvent à l'*otoméningite*, bien étudiée par Gintrac et Netter dans les formes aiguës de la méningite, semble pouvoir aussi représenter une des suites de la méningite tuberculeuse guérie [1].

II. — ENCÉPHALITES AIGUES CIRCONSCRITES. — ABCÈS ENCÉPHALIQUES

Les abcès cérébraux sont toujours secondaires à une encéphalite aiguë, en général circonscrite, mais plus étendue que la collection purulente consécutive. A la première phase d'encéphalite aiguë, succèdent une seconde période, de plus longue durée, de ramollissement et de suppuration en un foyer circonscrit, et enfin une troisième étape anatomique, celle de l'enkystement local, en une région déterminée, de la collection purulente.

A ces *différents stades anatomo-pathologiques* correspondent des *périodes cliniques*, dont la succession, à travers toutes les vicissitudes symptomatiques que peuvent comporter de telles affections, se marque assez nettement, dans les cas classiques, par l'apparition d'une phase de phénomènes aigus, généraux, fébriles, avec vive réaction cérébrale (période d'encéphalite aiguë), suivie d'une phase souvent fort longue d'accalmie, de sédation relative, des accidents du début (période de rémission) et enfin d'une dernière étape, marquée par l'apparition de symptômes de foyer, convulsifs ou paralytiques, avec le syndrome terminal des tumeurs cérébrales (période de paralysie et de

[1] Voir le chapitre : *Psychopathies tuberculeuses.*

coma). Klippel[1] a bien mis en lumière l'évolution de ce processus anatomo-clinique.

A ces *périodes cliniques successives* correspondent des *réactions psychopathiques*, en rapport avec le déterminisme pathogénique des accidents cérébraux. Dans la phase d'*encéphalite aiguë*, éclatent avec la fièvre, la céphalée, les convulsions, etc., des troubles aigus, de l'agitation, de l'insomnie, des troubles sensoriels hallucinatoires, du délire actif, avec loquacité, jactitation, etc. L'*éréthisme psychique* peut aller jusqu'à l'excitation maniaque; le tableau ressemble à celui de la méningite aiguë. Dans d'autres cas, cette première période se marque par de la torpeur, de la dépression somnolente, d'apparence mélancolique, avec subdélire tranquille, rêvasseries, etc. Dans tous les cas, le syndrome psychopathique révèle bien son origine toxi-infectieuse par la prédominance des accidents de confusion mentale. de délire onirique, d'hallucinations, etc.

La *phase de rémission* signalée par l'apaisement des accidents aigus, comporte *le réveil de l'activité intellectuelle*, et, souvent, un tel *amendement symptômatique,* que l'on peut croire à la guérison d'une méningite légère, d'une détermination encéphalopathique passagère de nature infectieuse. Cependant l'examen attentif révèle l'existence de quelques légers troubles psychiques : un peu de torpeur, des crises de somnolence diurne, d'insomnie nocturne, de la lourdeur de tête, de la paresse intellectuelle, en un mot, un syndrome plus ou moins accusé, et intermittent, de neurasthénie cérébrale. Cette phase de rémission, qui correspond à la formation lente de l'abcès, dans une région tolérante de l'encéphale, peut durer des mois, et même des années.

La *période terminale* est marquée par l'apparition de phénomènes de torpeur, de somnolence, de stupeur progressive, de gâtisme et de coma.

Souvent, en raison de l'absence ou de l'irrégularité de la fièvre, du néant d'antécédents étiologiques, etc., la succession de ces périodes présente au médecin des symptômes cérébraux diffus dont l'origine reste méconnue. Lereboullet[2] a publié une observation de ce genre, où la première période des accidents fut rapportée à l'urémie, et la seconde à une méningite tuberculeuse, dans un cas où l'autopsie révéla l'existence d'un abcès du lobe temporal, avec méningite suppurée.

L'évolution anatomo-clinique des suppurations cérébrales, qui, à cause de tant de facteurs pathogéniques en présence, comporte déjà dans son expression neuropathologique d'innombrables variétés, suscite des *réactions psychopathiques plus capricieuses et plus imprévues* encore.

Sans parler des cas d'*abcès latents* révélés par l'ictus apoplectique et comateux terminal, il faut mentionner ceux où l'abcès n'a d'autre expression clinique qu'un *accès maniaque,* qui éclate brusquement sans autre symptôme,

[1] Klippel. Abcès cérébral. *Traité de Brouardel-Gilbert*, t. VIII.

[2] P. Lereboullet. Sur un cas d'abcès du cerveau. Difficultés du diagnostic, Confusion avec l'urémie cérébrale et la méningite tuberculeuse (*Gaz. hebd.*, décembre 1898).

sans fièvre, et guérit assez vite et complètement : quelques semaines plus tard, la mort survient au milieu d'accidents cérébraux significatifs. Dans d'autres cas, l'abcès cérébral détermine d'abord quelques *modifications du caractère*, suivies de légers *troubles délirants*, et d'*affaiblissement intellectuel* relatif. Le malade, interné dans un asile, meurt quelque temps après, et la lésion n'est reconnue qu'à l'autopsie (Klippel). Parfois l'abcès encéphalique ne provoque que les *réactions psychiques des tumeurs cérébrales* : la phase des accidents aigus fait défaut. Dans des éventualités encore plus rares, on peut constater l'adjonction, à un syndrome encéphalopathique complexe, de troubles mentaux particuliers : c'est ainsi que, dans un cas d'abcès tuberculeux du cervelet[1], j'ai observé cette singulière altération de la personnalité, que j'ai proposé de dénommer *puérilisme mental*, dans laquelle l'habitus, l'attitude, la mimique, le langage, les tendances et l'expression des idées



Fig. 153. — (Collection Dupré.) Abcès du lobe frontal droit, d'origine septicopyémique (bronchopleuropneumonie, avec foyers métastatiques divers, périnéphrite, etc.). La cavité de l'abcès, de la dimension d'une grosse noix, est en pleine substance blanche, et n'intéresse pas l'écorce. La profondeur de l'abcès, l'épaisseur visqueuse de son contenu, n'ont pas permis à la trépanation de vider le foyer. Le diagnostic de la nature et du siège de la lésion avait été fait avant l'intervention.

témoignent d'une régression de la mentalité vers l'enfance. Dans un autre cas, j'ai constaté, au cours de l'évolution chronique d'un abcès staphylococcique du lobe frontal[2], des troubles psychiques variés, parmi lesquels prédominait cette curieuse disposition d'humeur à la plaisanterie, et cette tendance de l'esprit à l'ironie, que certains auteurs, avec Bruns et Jastrowitz, ont signalées, sous le nom de *Witzelsucht* et de *Moria*, dans les lésions du lobe frontal.

Dans une autre occasion, j'ai reconnu cliniquement l'existence et le siège

[1] E. Dupré et A. Devaux. Abcès du cervelet. *Soc. de Neurologie*, 1903.

[2] Dupré, Widal et Le Sourd. Abcès cérébral. *Soc. méd. des hôpitaux*, 1903.

exact d'un abcès central du lobe frontal droit, chez une femme atteinte de septicopyémie streptococcique subaiguë, d'origine broncho-pulmonaire, à l'apparition soudaine d'un accès d'épilepsie jacksonnienne gauche, suivi d'hémiparésie correspondante avec signe de Babinski et légère exagération des réflexes; et, à la constatation, au cours de ces graves conjonctures, chez une femme intelligente et très éveillée, d'un état mental extraordinairement optimiste, enjoué, disposé à la plaisanterie et témoignant d'une jovialité vraiment paradoxale en la situation. L'absence de lymphocytose céphalo-rachidienne, de céphalée, de vomissement, de réactions méningées en général, éloignait l'idée d'une affection cortico-pie-mérienne : ces signes indiquaient une lésion irritative et destructive à la fois, centrale, limitée, sur la projection pyramidale : enfin, l'état psychique plaidait en faveur d'une atteinte du lobe frontal. La nécropsie confirma un diagnostic qui ne devait sa précision topographique qu'à l'interprétation de l'état mental surajouté aux autres symptômes de foyer[1] (Voy. fig. 152 et 153). C'est là un des exemples de l'application du *psycho-diagnostic.*



Fig. 154. — (Collection Dupré.) Même pièce que figure 153. Abcès centrovalaire du lobe frontal droit. Coupe vertico-transversale de l'hémisphère.

J'ai enfin observé[2] un syndrome précisément opposé, dans un cas d'abcès centrovalaire double du lobe frontal droit, d'origine grippale, qui détermina des troubles mélancoliques, après une courte période de confusion mentale.

En résumé, on voit que l'expression psychopathique des abcès encéphaliques est extrêmement variée, et qu'elle peut revêtir, d'une manière très générale, plusieurs formes : la *forme aiguë*, où la réaction psychopathique rappelle soit le syndrome mental des infections générales septicémiques, soit celui des encéphaloméningites aiguës; la *forme subaiguë*, analogue à l'expression psychopathique de la méningite tuberculeuse, de certaines tumeurs cérébrales; la *forme chronique,* qui rappelle le syndrome psychique des tumeurs cérébrales, des méningites chroniques; cette forme peut se traduire par des accidents vésaniques irréguliers, de l'affaiblissement démentiel, une issue mortelle, imprévue, bref une évolution qui déjoue tout diagnostic. Il existe enfin une *forme latente,* qui cause parfois la *mort subite* d'un sujet qui, à aucun moment de son affection, n'a présenté de trouble intellectuel appréciable.

[1] Dupré et Sébilleau. Abcès du lobe frontal. *Société de Neurologie.* 1903

[2] E. Dupré et J. Heitz. Double abcès centrovalaire du lobe frontal droit. Confusion mentale et mélancolie (*Soc. de neurologie,* avril 1902).

Je n'étudie pas ici les troubles psychopathiques liés au siège même des collections purulentes (aphasies, etc.). Ceux-ci, pour éviter les répétitions, sont passés en revue aux chapitres des lésions cérébrales en foyer (hémorrhagies, ramollissement) et des Tumeurs cérébrales.

3. ENCÉPHALITES AIGUES DIFFUSES MACROSCOPIQUES

Entre l'étude des encéphalites aiguës circonscrites, suppurées, à foyers macroscopiques (abcès), et l'étude des encéphalites aiguës légères et diffuses, à lésions microscopiques (psychose polynévritique), s'interpose naturellement une courte page sur les encéphalites aiguës diffuses, à lésions macroscopiques, dont les types anatomopathologiques ont été fixés par les études de Hayem (type aigu hyperplastique), de Wernicke (type hémorrhagique), de Murat[1] (de Lyon), de Strümpell (type primitif à forme hémorrhagique), de H. Oppenheim[2] (type aigu non purulent), de Raymond et Cl. Philippe[3] (types dégénératif et hyperplasique).

Ces encéphalites diffuses aiguës s'observent presque toujours sur des vieillards, dont les artères cérébrales présentent déjà des altérations scléro-athéromateuses : celles-ci semblent, dans certains cas, jouer le rôle de cause d'appel pour les lésions cérébrales (Ballet). En tout cas, les altérations parenchymateuses sont de beaucoup prédominantes, surtout dans le type dégénératif.

L'expression psychopathique de cette inflammation cérébrale se déroule en une *première période* de confusion mentale, de délire onirique et hallucinatoire, d'agitation vague, avec asthénie générale, céphalée, vertiges : puis assez rapidement, une *seconde période* se marque par l'apparition d'une hémiplégie, avec ou sans troubles aphasiques. Dans une *troisième période*, l'hyperthermie, l'aggravation de l'état général, le coma précèdent de peu la mort. L'affection chez les adultes, peut, dans des cas exceptionnels, guérir : la convalescence est alors très longue, et la restitution fonctionnelle, psychique et motrice, incomplète.

Une *courte période prodromique* peut précéder l'invasion des grands accidents plus haut énumérés. On observe alors, outre la fièvre et les phénomènes généraux de l'état toxi-infectieux, dont les lésions cérébrales ne représentent qu'une localisation secondaire, de la torpeur ou de la somnolence, ou au contraire de l'excitation et de l'insomnie : des troubles de la mémoire, de l'incohérence dans les idées et le langage.

Je signale ici l'encéphalite diffuse subaiguë, observée par Klippel[4] au niveau du cerveau et du cervelet, dans la maladie d'Addison.

Le *diagnostic* n'est pas facile à établir entre ce syndrome des diverses encéphalites aiguës diffuses et celui des abcès et du ramollissement ischémique progressif du cerveau.

[1] Murat. Thèse de Lyon.
[2] M. Oppenheim. Zur Encephalitis acuta non purulenta (*Berl. klin. Woch.*), 1900.
[3] Raymond et Cl. Philippe. L'encéphalite aiguë sénile (*Soc. de Neurologie*, juillet 1901).
[4] L. Klippel. Encéphalopathie addisonnienne. *Soc. de Neurologie*, 1899.

4. ENCÉPHALITES AIGUES DIFFUSES HISTOLOGIQUES PSYCHOPOLYNÉVRITES

CÉRÉBROPATHIE PSYCHIQUE TOXÉMIQUE (KORSAKOFF) NEURO-CÉRÉBRITE TOXIQUE (PIERRET). PSYCHOSE POLYNÉVRITIQUE

Si la notion générale des troubles psychiques dus aux intoxications exogènes, et à l'alcoolisme en particulier, remonte aux premiers temps de l'observation médicale, la connaissance précise des effets sur l'intelligence, de l'agent toxique, étudié dans sa nature, ses doses, l'ancienneté de son usage, etc., ne date guère que des travaux classiques de Magnus Hüss (1849-52), de Morel, Magnan et Lancereaux. D'un autre côté, si la notion générale des troubles sensitivo-moteurs périphériques d'origine alcoolique est également très ancienne, la connaissance précise des effets anatomiques et cliniques sur les nerfs périphériques de l'agent toxique ne date que des travaux de Leudet, de Lancereaux et de ses élèves, de Breschfeld, Mœli, Hadden, Déjerine, Gombault, Babinski, etc. Mais c'est à Charcot (1884), que l'on doit la première mention positive des relations étiologiques et cliniques qui, chez certains alcooliques, peuvent unir sous l'influence pathogénique du même poison, les manifestations mentales et les symptômes périphériques, les troubles psychiques et les déterminations névritiques de l'intoxication. Quelques années après, Korsakoff (de Moscou)[1], publiait dans une série de mémoires, de 1887 à 1890, ses travaux fondamentaux sur les troubles psychiques au cours des polynévrites. Aussi le nom de Korsakoff est-il désormais lié à l'histoire et au nom du syndrome psychopolynévritique. Les études du célèbre aliéniste russe et de ses élèves (Serbsky, Vaïndrach, Doubrovine, Kichkine[2], etc.), en attirant l'atten-

[1] Voici la liste des principales publications du savant russe :

S. Korsakoff. — Trouble mental dans la paralysie alcoolique et son rapport avec le dérangement de la sphère psychique dans la névrite multiple d'origine non alcoolique. *Moniteur russe de la psychiatrie et de la neuropathologie*, 1887, t. IV, fasc. 2.

Plusieurs cas de cérébropathie originale combinée avec la névrite multiple (Cerebropathia psychica toxæmica). *Gazette russe hebdomadaire clinique*, 1889, nos 5-7.

Du trouble mental combiné avec la névrite multiple (Cerebropathia psychica toxæmica) *Revue russe de médecine*, 1889, n° 13, p. 3-18.

Sur la symptomatologie de la forme polynévritique des psychoses post-typhoïdiques. *Recueil russe d'articles sur la neuropathologie et la psychiatrie*. Moscou, 1890.

Cas de psychose polynévritique avec autopsie (*Ibidem*, en collaboration avec Serbsky).

De la paralysie alcoolique (Thèse de Moscou, 1887).

Erinnerungstauschungen (Pseudoreminiscenze) bei polyneuritischer Psychose. *Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie*, 1891, Heft 3-4.

Ueber eine besondere Form psychischer Störung, combinirt mit multipler Neuritis. *Archiv. f. Psychiatrie*. Bd XXX, Heft 3.

Sur une forme de maladie mentale, combinée avec la névrite multiple dégénérative *Comptes rendus du Congrès international de médecine*. Paris, 1889.

Sur une forme des maladies de la mémoire. *Revue philosophique*, 1889, n° 11.

[2] Vaïndrach. Psychosis polynevritica s. cerebropathia psychica toxæmica. *Revue russe de médecine*, 1889, n° 16. Doubrovine, Cas de trouble mental post-typhoïdique. *Comptes rendus des séances des neuropathologues et des aliénistes de Moscou*, 1890-91, p. 32-36. Kichkine.

tion des médecins sur cette association morbide, ont suscité de nombreux travaux parmi lesquels ceux de Babinski[1], de Pierret[2], de G. Ballet[3], de Raymond[4], et de leurs élèves, de Soukhanoff[5], etc., ont beaucoup contribué à éclairer la question. Les études de Chaslin[6], de Séglas[7] sur la confusion mentale, et de Régis[8], sur les délires toxiques, ont montré les relations étiologiques et cliniques de ces syndromes avec les polynévrites.

Étiologie. — Toutes les infections, toutes les intoxications peuvent déterminer, par leur action sur le système nerveux, le développement du syndrome de la polynévrite associé à la psychose de même origine. Au lieu d'énumérer l'interminable série de ces facteurs étiologiques, il est plus intéressant de rechercher, parmi ces causes, celles que leur fréquence et leur gravité rangent parmi les plus importantes : de préciser le rôle pathogénique des associations étiologiques et de déterminer l'influence des conditions dites prédisposantes (sexe, âge, etc.).

En tête de la liste des causes du syndrome psycho-névritique figure l'*alcoolisme*, sous ses différentes formes, mais principalement l'intoxication par les spiritueux (alcoolisme) et par les essences (absinthisme) ; l'intoxication par le vin (éthylisme) paraît jouer un rôle pathogénique relativement secondaire. Dans l'immense majorité des cas, l'intoxication pathogène, d'origine multiple, résulte surtout de l'abus invétéré des liqueurs essentielles (absinthe, vermouth, amers, vulnéraire, etc.) et des spiritueux (rhums, cognacs, marcs, etc.).

La prédominance étiologique de l'alcoolisme, dans la détermination du syndrome psycho-névritique est telle, qu'on peut attribuer à l'alcool plus des trois cinquièmes des cas. « J'ai eu l'occasion, dit Korsakoff, d'observer plus de 50 cas de troubles psychiques liés à la névrite multiple. Mais, dans plus de 30 cas, l'une des causes principales de la maladie était l'alcoolisme chronique. »

Si l'alcoolisme figure en tête de la liste étiologique, il faut dès à présent

Deux cas de cerebropathia psychica toxæmica à la suite de l'ictère. *Moniteur russe de la psychiatrie et de la neuropathologie.*

[1] Babinski. Article Névrites, *Traité de Médecine Charcot-Bouchard*, VI vol. 1894.

[2] Pierret. Consulter la thèse de Haury (de Lyon), sur la neurocérébrite toxique, 1896.

[3] G. Ballet. Congrès de Marseille (1899), de Limoges (1901). Thèse de M. Faure, 1900.

[4] Raymond. Leçons de la Salpêtrière, t. III. Les polynévrites.

[5] S. Soukhanoff. Du trouble mental dans la névrite multiple. *Revue russe de médecine*, 1896, n° 14.

Soukhanoff et Tchelzoff. Un cas de polynévrite et de psychose polynévritique, maladie de Korsakoff, à la suite d'anthrax dans le cours d'une psychose mélancolique aiguë, *Annales médico-psychologiques*, 1902, n° 3, p. 369.

S. Soukhanoff et N. Orloff. Contribution à l'étude de la psychose polynévritique. *Comptes rendus de la Société des neuropathologues et des aliénistes de Moscou*, séance du 18 décembre 1898.

[6] Chaslin. La confusion mentale. Paris, 1895.

[7] Séglas. Leçons sur les maladies mentales. Paris, 1895.

[8] Régis. Rapport du Congrès de La Rochelle, 1893. Congrès de Limoges, 1901. Les délires des infections et intoxications. *Acad. de méd.*, 1900.

noter qu'il n'est jamais le seul facteur en cause, et que, suivant la judicieuse expression de Korsakoff, il ne représente que l'une des causes principales de la maladie.

Après l'alcoolisme, le principal facteur étiologique est la *tuberculose,* surtout dans sa détermination pulmonaire, et aux phases avancées de son évolution, lorsqu'il existe des lésions ulcéreuses ou cavitaires, avec fièvre hectique, troubles fonctionnels du foie et du tube digestif.

Après ces deux grandes causes, doit figurer la *grippe*, l'*infection puerpérale*, les *troubles gastro-intestinaux subaigus* (dilatation de l'estomac, entéro-colite chronique, etc.), les *suppurations viscérales septico-pyémiques,* la *fièvre typhoïde,* l'*impaludisme,* le *rhumatisme articulaire aigu.*

Parmi les intoxications exogènes, derrière l'alcoolisme, figurent les empoisonnements par l'*oxyde* et le *sulfure de carbone,* l'*arsenic*, le *plomb*, le *mercure* et le *tabac.*

Je n'énumérerai pas les causes, toxiques ou infectieuses, rares et épisodiques de la psychose polynévritique, et terminerai cette liste étiologique par la mention d'une série de facteurs fort importants et toujours plus ou moins associés d'ailleurs aux causes précédentes : telles sont les *auto-intoxications* des *insuffisances hépatique et rénale* de toute origine, de la *cachexie cancereuse*, de la *dyscrasie diabétique,* de l'*inanition* et du *surmenage.*

Les *associations étiologiques* le plus fréquemment observées sont celles de l'alcoolisme avec la tuberculose, plus rarement avec la grippe, la fièvre typhoïde, le diabète : celle de la tuberculose avec les dégénérescences hépatiques avancées (cirrhoses, stéatose, amylose, etc.) ; celle de la tuberculose ou de certaines intoxications (alcool, plomb) avec les néphrites diffuses ou suppurées ; l'insuffisance hépato-rénale subaiguë, jointe à l'infection bacillaire ou aux intoxications anciennes, détermine l'apparition d'un *syndrome mental* (Maurice Faure) surajouté à celui de la polynévrite antérieure.

Enfin, assez fréquemment, la polynévrite, avec troubles psychiques, se développe surtout chez les femmes, dans des *conditions étiologiques absolument inconnues.* L'enquête anamnestique est négative et le problème de l'origine du syndrome demeure insoluble.

Les *conditions prédisposantes* à l'éclosion de la neuro-cérébrite sont d'abord : l'*hérédité psycho-névropathique,* ensuite le *sexe féminin,* le *surmenage,* et l'*âge adulte.* Il s'agit le plus souvent de femmes adultes, à hérédité plus ou moins chargée, fatiguées par le surmenage ou l'inanition, ébranlées par une vive émotion ou affaiblies par une hémorrhagie, une diarrhée abondantes, alcooliques d'ancienne date et enfin soit tuberculeuses, soit au décours d'une grippe grave, d'une infection puerpérale, d'une fièvre typhoïde, etc., et présentant souvent des signes d'insuffisance hépatique ou rénale. C'est l'ensemble de ces conditions qui représente le *faisceau étiologique* le plus propice à l'éclosion de l'affection psycho-polynévritique.

Le *rapport de fréquence de la polynévrite en général avec la psychose polynévritique* est difficile à établir. Il est certain que les troubles psychiques qui semblent rares au cours des polynévrites passeraient pour plus fréquents

si on les recherchait mieux. Lorsqu'ils sont légers, transitoires et ne s'accompagnent d'aucun symptôme bruyant, ils passent en clinique générale facilement inaperçus. D'un autre côté, les manifestations cliniques de la polynévrite lorsqu'elles sont pauvres et relativement effacées, peuvent ne pas fixer l'attention, lorsque dominent dans le tableau symptomatique de fréquents désordres psychiques, tels que les hallucinations, le délire, l'anxiété, la confusion mentale, l'agitation, etc. Il faut considérer, en réalité, comme relativement fréquente l'association, dans leurs formes discrètes ou frustes, des deux syndromes, mental et périphérique, de l'affection psycho-polynévritique.

Mais le plus souvent, l'un de ces deux syndromes, par l'éclat de ses manifestations, domine l'autre et celui-ci demeure dans l'ombre. Parmi les cas si fréquents de psychopathies et de névrites d'origine toxique, l'association de troubles psychiques intenses aux symptômes graves de la polynévrite demeure, ces réserves formulées, un fait assez rare.

Symptomatologie. — L'expression clinique de la psychose polynévritique varie beaucoup suivant les conditions étiologiques, de cause et de terrain, qui président à son développement. En adoptant, comme type de description, la psycho-polynévrite la plus fréquente, celle des alcooliques, on se trace encore une tâche bien difficile : celle d'encadrer, dans une étude homogène et concise, le tableau des formes morbides les plus variées, les plus mouvantes et les plus individuelles de la pathologie mentale. Une telle description n'est possible qu'à la condition de distinguer, suivant les prédominances symptomatiques, plusieurs formes dans le syndrome de Korsakoff.

Avant de décrire ces diverses *formes cliniques*, j'exposerai brièvement les principaux éléments constitutifs du syndrome.

Le *fonds somatique* sur lequel évolue le syndrome psychopathique est constitué par la *cachexie infectieuse ou toxique causale*, dont le complexus est lui-même dominé par la polynévrite.

La *polynévrite* [1] s'accuse par sa riche symptomatologie dans les différents domaines de la sensibilité (anesthésie, dysesthésie, hyperesthésie, paresthésie), de la motilité (paralysie, ataxie), de la nutrition (amyotrophie, etc.), de la circulation (refroidissement, cyanose, œdème) et de la réflectivité (exagération ou, bien plus souvent, abolition des réflexes profonds, exagération des réflexes superficiels). Il n'est pas rare non plus d'observer, du côté des yeux, divers troubles, sensoriels ou moteurs (scotome central, ophtalmoplégies externe ou interne).

Le *syndrome psychopathique* dont l'entrée en scène est précédée de troubles prodromiques, d'ailleurs variables et inconstants, comprend beaucoup d'éléments, d'inégale valeur, et dont les principaux sont : l'*obnubilation intellectuelle*, la *confusion mentale*, les *troubles de la mémoire*, les *hallucinations* surtout *visuelles*, enfin de l'*affaiblissement démentiel*. Les éléments

[1] Je laisse systématiquement de côté la description des signes somatiques de l'affection, dont on trouvera une magistrale étude dans les travaux classiques, déjà cités, de Babinski et de Raymond.

accessoires et secondaires du syndrome sont représentés par les *idées délirantes*, les *troubles de l'émotivité* et du caractère et des *modifications variables du ton affectif* (dépression mélancolique ou excitation psychique). Chacun de ces éléments symptomatiques mérite d'être brièvement analysé en lui-même.

Les *prodromes* sont extrêmement divers dans leur durée et leur nature. Le développement des troubles psychiques, au cours des polynévrites, s'annonce en général par de l'insomnie, de l'excitation intellectuelle, des changements dans le caractère : le malade a l'air hébété ou ahuri ; ou inquiet et anxieux, principalement le soir, dans l'obscurité. A ce moment peuvent apparaître des illusions ou des hallucinations, surtout visuelles et tactiles. Dans certains cas, chez les alcooliques, la période prodromique est représentée par un redoublement des troubles cérébraux ordinaires de l'intoxication chronique (agitation, cauchemars, tremblement, etc.).

Le *début*, essentiellement variable dans sa rapidité et ses allures, est d'ailleurs étroitement subordonné à la nature et à la dose du toxique, à l'état des organes (foie, rein, etc.) ; enfin, à l'ensemble des conditions étiologiques et des concomitances morbides de chaque cas.

La *période d'état* est caractérisée surtout par l'*amnésie*, la *confusion mentale* et les *hallucinations*.

L'*amnésie* que Charcot a le premier signalée et dont Korsakoff a fait une remarquable étude, présente des caractères assez particuliers. Elle est, dans les cas typiques, profonde, diffuse, mais non globale, irrégulière et inégalement répartie, portant principalement sur les faits récents et encore davantage sur les faits actuels. C'est une *amnésie d'acquisition*, caractérisée par la perte du pouvoir d'assimilation au moi et le défaut d'agrégation à la synthèse mentale des images présentes. Cette amnésie, *antérograde* (Charcot et Souques) par rapport au début des accidents, *continue* (Janet) par rapport à son allure évolutive, se montre, par rapport aux souvenirs récents, non détruits mais impossibles à reproduire, une *amnésie d'évocation* ou de reproduction (Ribot).

Il semble bien que, au moins dans certains cas, les acquisitions actuelles soient perçues et conservées dans les centres corticaux ; mais elles ne sont pas incorporées à la personnalité consciente : c'est une *amnésie d'assimilation* (Janet). Ce caractère spécial rapproche cette amnésie toxique de l'amnésie hystérique (Janet et Raymond).

Un autre caractère fondamental de cette amnésie, qu'elle partage aussi avec l'amnésie hystérique, est d'être *inconsciente*, de *s'ignorer elle-même* et de ne provoquer, de la part du malade, aucune réaction d'étonnement, d'impatience ou d'inquiétude.

L'amnésie de la psychose polynévritique est, par sa nature, *régressive* et par ses tendances, *curable*. Elle ne persiste et ne s'aggrave qu'en proportion de l'affaiblissement démentiel.

L'expression clinique de cette amnésie est assez particulière et caractérise, lorsque le déficit de la mémoire domine les troubles psychopathiques, une forme symptomatique de la psychose polynévritique, la *forme amnésique*.

La *confusion mentale* se marque par l'obnubilation intellectuelle, le ralen-

tissement des opérations psychiques, la désorientation dans le temps et dans l'espace, la diminution de l'attention, les troubles de la perception, de la conscience personnelle ; les modifications secondaires de l'expression du facies, du regard, du langage, de l'attitude ; enfin les perturbations variées du ton affectif et émotionnel qui, à titre de symptômes satellites et de troubles dérivés, accompagnent les états de confusion mentale.

L'amnésie est un des éléments pathogéniques de la confusion mentale. Cependant il ne faut pas croire que celle-ci soit secondaire à celle-là. La confusion, que renforce et entretient l'amnésie, existe à titre primitif et contribue également à exagérer l'amnésie. *Amnésie et confusion* apparaissent dans les mêmes conditions étiologiques, sous les mêmes influences pathogéniques, et évoluent sur le même terrain. On observe donc, associés à doses inégales, les symptômes de déficit amnésique et les symptômes d'inhibition intellectuelle. Suivant la prédominance des lacunes de la mémoire ou des désordres de l'association des images et des idées, le syndrome revêt la forme amnésique ou la forme confusionnelle. Il faut donc établir entre les deux syndromes les liens d'une subordination pathogénique très relative et toujours réciproque.

Je n'insiste pas davantage sur l'analyse de la confusion mentale, dont l'étude séméiologique détaillée a été exposée ailleurs.

Les *illusions* et les *hallucinations* sont un élément presque constant du syndrome psychopolynévritique. Elles sont, conformément à la loi des psychoses toxiques, surtout visuelles, souvent tactiles, et rarement auditives. Parfois très fréquentes, multiples, de nature terrifiante ou au moins pénible, elles contribuent beaucoup à augmenter la confusion mentale, à créer l'agitation et souvent à alimenter et à entretenir les idées délirantes. Chez les alcooliques, il est de règle d'observer le caractère zooptique, le redoublement vespéral et l'aggravation nocturne des hallucinations.

L'*affaiblissement intellectuel* est constant au cours de la psychose polynévritique. Plus ou moins marqué, plus ou moins prolongé, il est dénaturé et souvent exagéré dans son expression clinique, par les manifestations multiples des autres éléments du syndrome. Le malade offre presque toujours l'apparence d'une diminution intellectuelle plus profonde que celle-ci ne l'est en réalité.

L'*inhibition*, le *ralentissement* et la *perturbation* des opérations psychiques simulent, dans leur expression clinique, la diminution, la déchéance et la destruction du fonds mental lui-même; c'est pourquoi le terme de *démence aiguë* a été appliqué à la désignation de ces états aigus et temporaires de confusion, d'amnésie, d'obnubilation, avec stupeur. Il ne faut pas cependant confondre, dans l'appréciation de la validité d'un organe, l'*inhibition temporaire* avec la *diminution définitive* des aptitudes fonctionnelles. La déchéance permanente du pouvoir fonctionnel, qui mérite seule la qualification d'affaiblissement intellectuel, s'observe souvent dans la psychose polynévritique ; soit à titre primitif, lorsqu'elle préexiste, chez le malade, à l'éclosion des troubles subaigus de l'intoxication; soit à titre secondaire, lorsqu'elle succède au

décours de ces troubles, et que la diminution démentielle, dégagée de tout élément secondaire ou passager d'inhibition psychique, s'affirme par ses caractères fondamentaux, et qu'elle apparaît comme une conséquence organique du processus psychopolynévritique. L'affaiblissement intellectuel représente alors une des modalités des démences toxiques (voir *Démences organiques*).

Parmi les manifestations de l'abaissement temporaire de la mentalité, au cours de la psychose polynévritique, on note des *troubles du jugement,* des *erreurs de raisonnement,* de l'*absence de critique,* qui aboutissent à créer chez le malade un état momentané de *crédulité* et de *suggestibilité* enfantines. Les sujets acceptent, sans contrôle et sans difficulté, toutes les suggestions possibles, les idées les plus contradictoires, les récits les plus invraisemblables.

Obnubilé, confus, amnésique, plus ou moins halluciné, le malade est ainsi exposé à toutes sortes d'auto et d'hétéro-suggestions, qui se traduisent, dans la conversation, par le débit sincère de récits extraordinaires, de scènes imaginaires, d'explications saugrenues de faits fictifs, etc.

En partie avec les éléments réels du monde extérieur, en partie avec les éléments subjectifs de son imagination, le malade, *crée ainsi autour de lui tout un monde bizarre,* où s'agitent dans un *milieu de rêve* des personnages de roman.

Les *facultés d'affabulation,* et d'*inventivité* sont proportionnelles, dans la richesse et la vraisemblance de leurs créations, aux ressources intellectuelles antérieures, et à l'activité psychique du malade. Le plus souvent ces créations morbides de l'imagination traduisent par leur illogisme, leur incohérence et leur puérilité, leur caractère essentiellement *onirique* : ce sont les produits inconsistants et kaléidoscopiques de l'*automatisme psycho-sensoriel* des *encéphalopathies toxiques*.

Les *idées délirantes* proprement dites sont rares dans la psychose polynévritique : elles affectent la forme *mélancolique, hypochondriaque,* de *négation,* ou de *persécution :* exceptionnellement systématisées en un thème d'ailleurs fragile et passager ; liées, le plus souvent, aux illusions et aux hallucinations ; elles sont en général, inconsistantes, polymorphes, superficielles et peu durables.

L'*anxiété pantophobique,* beaucoup plus fréquente que le délire, se traduit par un état non motivé d'inquiétude, d'irritabilité, de peur et d'angoisse. Ces symptômes caractérisent un trouble de l'émotivité et non pas un désordre de l'intelligence. Ils reconnaissent une origine cœnesthésique et sensorielle, et sont secondaires aux perturbations de la sensibilité générale (malaises cœnesthésiques) et de la sensibilité spéciale (hallucinations). L'état anxieux et phobique redouble le soir et peut provoquer des réactions motrices dangereuses (agitation, cris, impulsions, fugues).

Les *obsessions* intellectuelles, liées aux troubles émotifs, apparaissent fréquemment chez les malades anxieux.

Les *modifications du ton affectif* varient suivant le caractère antérieur

des malades et suivant le degré et la nature des troubles intellectuels, émotifs, hallucinatoires. Elles sont surtout étroitement subordonnées à l'état de la nutrition, à la profondeur et à la nature de l'intoxication ou de l'infection causales.

Elles se manifestent soit par de l'*excitation psychique*, de l'insomnie, de la loquacité, de l'irritabilité motrice, de l'agitation ; soit par de la *dépression* de la somnolence, du mutisme, de l'apathie, de la *stupeur*. Souvent ces modifications opposées du ton émotionnel alternent chez le même malade ; et, en pareil cas les symptômes d'excitation et d'anxiété apparaissent le soir, tandis que le matin et dans la journée le malade calmé reste tranquille, apathique, indifférent au cours des heures et à la succession des événements.

Formes cliniques. — L'expression clinique de la psychopolynévrite est le produit de facteurs si divers et si individuels (nature et dose du poison pathogène, état des organes, associations morbides, degré de résistance et mode de réaction du cortex, etc., etc.) qu'elle est au plus haut point variable. On peut, à l'exemple de G. Ballet, reconnaître à l'affection plusieurs formes, suivant la prédominance marquée de tel ou tel élément psychopathique dans le tableau clinique.

1. Forme amnésique. — Cette forme est caractérisée par l'atteinte profonde de la mémoire.

L'amnésie, dont l'étude générale a été faite plus haut, frappe l'entourage par son expression clinique particulière et ses effets secondaires.

Incapable d'assimiler à sa personnalité et d'évoquer à nouveau les images qui impressionnent les zones sensorielles ou les états de conscience qui se succèdent dans la sphère de son activité psychique actuelle, le malade oublie tous les faits, au fur et à mesure de leur production. Il ne se rappelle plus depuis combien de temps il est malade, depuis combien de temps il est éveillé, etc. : il ne sait plus ce qu'il a mangé, et souvent, ne se rappelant même plus qu'il vient de manger, il réclame son repas. Un ami, un parent, le médecin du malade lui font visite et prennent congé de lui : s'ils reviennent à son lit quelques instants après, ils reçoivent de lui le même accueil que tout à l'heure : le malade a tout oublié, croit voir les personnes pour la première fois et recommence sur de nouveaux frais la conversation qu'il vient de tenir il y a un moment avec elles. Il pose sans cesse les mêmes questions, oubliant qu'il les a déjà faites et qu'on y a répondu. Les faits récents n'étant plus évoqués, les malades donnent inconsciemment les renseignements les plus faux et les plus sincères à la fois : ils dénaturent les faits, et se contredisent à chaque instant. Aussi leur témoignage est-il, en matière d'anamnèse, fort suspect, et les dénégations indignées qu'opposent souvent à la recherche des habitudes alcooliques les malades, principalement les femmes atteintes de cette affection, ne sont pas toujours de purs mensonges, et ressortissent souvent à l'amnésie. Les malades ont perdu le souvenir de leurs habitudes et nient avec bonne foi toute infraction aux règles de l'hygiène.

L'amnésie a encore pour conséquence la production de *pseudo-réminiscences*, de faux souvenirs. Le malade croit retrouver dans sa mémoire des faits, des séries d'événements (voyages, conversations, etc.), qu'il raconte dans tous leurs détails, avec conviction, et qui n'ont jamais existé. Ce sont des *lambeaux de rêve*, que l'esprit désorienté incorpore à la trame indistincte et lacunaire de ses souvenirs réels et qui s'imposent, faute de critique, à sa croyance.

Lorsque les troubles de la mémoire sont moins prononcés, ils peuvent échapper à un examen superficiel : l'*interrogatoire* les mettra rapidement en évidence et permettra de constater la *profondeur*, l'*inégalité*, la *diversité*, l'*étendue* et la *durée* du *déficit amnésique*.

2. Forme confusionnelle. — Cette forme est caractérisée par la prédominance, dans le tableau clinique, du ralentissement et du désordre des opérations psychiques, de l'obnubilation intellectuelle, de la désagrégation temporaire et plus ou moins profonde de la mentalité.

Le malade a l'*air* égaré et ahuri ou stupide et hébété, le *regard* vague ou anxieusement interrogateur, la *parole* voilée, lente et pénible, le *débit* hésitant, avorté, trahissant l'inutile effort d'une pensée qui, se cherchant elle-même, n'arrive ni à prendre corps ni à s'extérioriser : l'*écriture* tremblante, inachevée, illisible ; l'*habitus général* soit inerte et indifférent, soit instable, indécis et anxieux.

L'examen psychologique révèle l'ensemble caractéristique des troubles de la confusion mentale.

3. Forme délirante. — Il faut entendre sous ce terme la forme dans laquelle le malade exprime des idées délirantes, de *nature vésanique* ou *d'origine onirique*.

Le *délire onirique* est très fréquent.

Combinée aux lacunes de l'amnésie, aux désordres de la confusion mentale, aux suggestions variées des hallucinations, aux défaillances de la critique, l'*activité onirique de l'automatisme psycho-sensoriel* a libre carrière pour développer le caprice de ses créations imaginaires et insérer, dans la trame de la vie psychologique réelle, le dessin fantaisiste des rêves les plus incohérents. On trouvera, de ce curieux mélange des éléments oniriques et réels de l'activité mentale, les exemples les plus intéressants dans les observations de Klippel et Trénaunay[1], de Desvaulx[2], de Vigouroux[3], de Régis[4], etc.

Ces produits étranges de l'affabulation onirique, qui se combinent si curieusement avec les éléments de la réalité ambiante, sont parfois assez tenaces dans leur durée, et réalisent alors les variétés d'*idées fixes postoniriques* bien étudiées par Régis ; mais en général, ils sont transitoires, incon-

[1] Klippel et Trénaunay. — *Revue de psychiatrie*. 1900 et 1901.
[2] Desvaulx. — Le délire dans les maladies infectieuses. *Thèse Paris*, 1899.
[3] Vigouroux. — Les délires de rêve. *Archives générales de médecine*, 1903.
[4] Régis. — *Travaux cités, et Congrès de La Rochelle, Clermont, Bordeaux, Thèse* de Pichon (*Bordeaux*) 1896.

sistants et varient beaucoup, d'un moment à l'autre, dans leur intensité et leur éclat hallucinatoire; aussi peut-on, sans éveiller de grandes réactions chez les malades, mettre en doute leur réalité et discuter leur valeur. Le malade accepte la contradiction sans s'émouvoir et a souvent l'air de douter lui-même de son récit, dans lequel il lui arrive d'ailleurs de se contredire et de s'embrouiller (fig. 155).

Les *idées délirantes* proprement dites, à caractère vésanique, peuvent apparaître au cours des divagations oniriques ou dominer, avec les hallucinations, le tableau clinique. Ce sont des idées de *persécution*, ou du *délire mélancolique hypochondriaque* et de *négation;* les premières apparaissent chez les sujets à constitution paranoïaque, chez les alcooliques ; les secondes ont leur source dans les troubles de la cénesthésie. Elles sont en général éphémères et inconsistantes : dans certains cas exceptionnels, elles persistent et deviennent l'origine d'un *délire systématisé secondaire.*

4. Forme anxieuse. — Cette variété du syndrome psychopolynévritique se caractérise par la prédominance des phénomènes d'inquiétude et d'angoisse, de pantophobie, avec réactions émotionnelles plus ou moins vives. Cette forme, confondue par les auteurs avec la forme délirante, doit cependant en être distinguée, car elle ne comporte pas nécessairement d'idées délirantes au moins primitives; elle se caractérise par le trouble de l'émotivité et non par la déviation de l'intelligence.

La forme anxieuse, dont les *accès paroxystiques* ont lieu surtout le *soir,* peut déterminer secondairement des idées mélancoliques et se compliquer de raptus dangereux.

5. Forme démentielle. — Cette forme, où dominent les manifestations de l'affaiblissement intellectuel, *succède souvent aux autres variétés* du syndrome psychopolynévritique.

Elle se montre parfois *à titre primitif,* et se caractérise par la *stupeur* générale du facies, l'inertie et l'indifférence, l'absence de manifestations émotives ou intellectuelles, le *gâtisme* intermittent ou continu. En pareil cas, les phénomènes somatiques sont très marqués : on constate soit un état typhoïde, soit des symptômes d'ordre méningitique, avec ou sans catatonie, soit une fonte cachectique subaiguë de l'organisme; ces variétés *typhoïde, méningitique* et *cachectique,* étudiées par Séglas à propos de la confusion mentale, dénotent la virulence de l'infection, la profondeur de l'intoxication, et consécutivement la gravité de l'atteinte de la nutrition. Cette forme asthénique et démentielle de la psychose polynévritique peut se terminer assez rapidement par la mort.

Variétés étiologiques. — La psychose polynévritique varie, dans son expression somatique et mentale et dans son évolution, suivant son origine étiologique.

La *psychopolynévrite alcoolique,* la plus fréquente, revêt toutes les formes

cliniques possibles : le *syndrome psychopathique* le plus varié (formes amnésique, confuse, délirante, etc.), s'allie au *syndrome névropathique* le plus polymorphe (formes poliomyélitique antérieure, amyotrophique, pseudo-tabétique, douloureuse, pseudo-rhumatismale, etc.). L'association des formes mentales amnésique, confusionnelle ou démentielle, à la forme pseudo-tabé-



Fig. 155. — (Collection Dupré.) Même cas que figure 156. Délire alcoolique subaigu, professionnel, hallucinatoire, surtout visuel. La malade, blanchisseuse de son métier, étend son linge, envoie chercher du savon, etc. Remarquer l'expression d'abrutissement et de somnolence du facies.

tique (ataxie, signe de Romberg, de Westphall, troubles pupillaires, etc.), *simule la paralysie générale* et se confond avec le syndrome décrit par Klippel sous le nom de *pseudo-paralysie générale névritique*.

La psychonévrite alcoolique affecte souvent la forme anxieuse, ou hallucinatoire et délirante, avec onirisme et confusion secondaire aux troubles sensoriels et cénesthésiques. Des *accès paroxystiques* ont lieu à la tombée de la

nuit : l'origine alccoolique des accidents est assez facilément décelée par un riche cortège de signes physiques et psychiques.

Le développement du syndrome psycho-polynévritique n'apparaît chez les alcooliques, ainsi que l'a bien établi Klippel, que par l'intermédiaire de l'*insuffisance hépatique ou rénale,* à la suite soit d'une *infection* surajoutée, soit

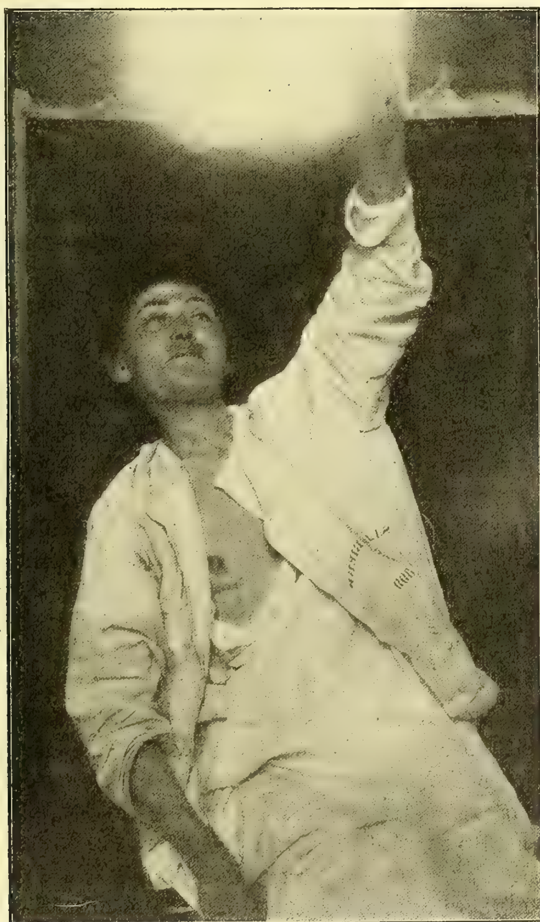


Fig. 156. — (Collection Dupré.) Alcoolisme chronique chez une jeune femme. État de cachexie profonde, avec dénutrition, subictère. Nombreuses ecchymoses sur les téguments. Signes de polynévrite périphérique (douleurs vives, abolition des réflexes, atrophies musculaires, troubles circulatoires, etc). Mort huit jours après l'entrée dans le service. Délire alcoolique subaigu. Onirisme hallucinatoire continu.

d'un *surmenage* récent. On peut affirmer qu'il n'existe pas de trouble mental persistant dû à la seule imprégnation des centres nerveux par l'alcool en nature : les accidents psychopathiques sont le produit complexe de tout un ensemble de viciations humorales et de troubles nutritifs, secondaires à l'altération des

organes par le poison (fig. 156). C'est précisément parce que des poisons fort différents produisent dans le névraxe des altérations presque similaires que, à la multiplicité des causes étiologiques, répond l'uniformité des effets cliniques.

La *polynévrite tuberculeuse,* bien connue depuis les premières observations de Leudet (1864), Joffroy, Eisenlohr (1879) et de Strümpell (1883), les études de Vierordt, d'Oppenheim, de Raymond, et surtout les travaux de Pitres et Vaillard, est très fréquente ; elle affecte toutes les formes cliniques, et surtout, d'après les recherches de Pitres et Vaillard, confirmées par celles de Pal et Jappa, la forme latente.

Un fait intéressant me semble ressortir de la lecture des observations de polynévrite tuberculeuse : c'est la quasi-constance d'une association morbide importante avec la tuberculose, pour engendrer, chez les tuberculeux, le syndrome de la polynévrite et principalement de la psychose polynévritique.

La *psychopolynévrite des tuberculeux* ne s'observe guère en effet, que chez les *tuberculeux alcooliques.* Elle paraît notablement plus fréquente chez la femme que chez l'homme, et se montre principalement chez la *femme adulte,* entre trente-cinq et cinquante ans. La filiation étiologique est, le plus souvent, la suivante : excès alcooliques variés et anciens, surtout abus des liqueurs essentielles et spiritueuses, ensuite tuberculose pulmonaire chronique, à marche activée par l'alcoolisme : cachexie et hecticité, stéatoses viscérales, polynévrite et psychose polynévritique. Le syndrome psychopathique précède souvent de peu de temps la mort ; et, dans nombre d'observations, *le malade succombe en plein délire toxi-infectieux.* La nécropsie révèle de la dégénérescence graisseuse, avec hypertrophie, du foie et des reins, l'adipose des organes, des lésions tuberculeuses cavitaires avancées des poumons ; en regard, l'intégrité macroscopique de l'encéphale et de la moelle. L'examen histologique dénote des altérations nécrotiques diffuses des cellules ganglionnaires de l'écorce, et de la névrite parenchymateuse généralisée. Le néant ordinaire de lésions méningées explique l'absence de lymphocytose céphalo-rachidienne (Joffroy, Widal, Dupré). La *présence des lymphocytes,* à la ponction lombaire (Achard), démontre l'existence d'*altérations méningitiques,* dont on connaît la fréquence au cours de l'alcoolisme chronique.

F. Widal et Le Sourd[1] ont observé un cas de paralysie ascendante aiguë, avec névrite radiculaire, sans altération méningée ; où précisément l'absence de lymphocytose rachidienne démontre qu'une lésion grave des nerfs peut, en lésant profondément les racines rachidiennes, s'étendre jusqu'aux centres, sans toucher la pie-mère et sans provoquer même d'irritation méningée. Cette observation est précieuse à consigner ici, parce qu'elle prouve que la constatation de lymphocytose rachidienne, au cours des psychopolynévrites, indique un processus d'irritation méningée, surajouté aux lésions diffuses de cellulo-névrite du syndrome de Korsckoff.

Il est fort difficile, en pareil cas, de faire le départ respectif de chaque

[1] Fernand Widal et Le Sourd. — *Société médicale des hôpitaux.* Décembre 1902. — Lire le compte rendu de l'intéressante discussion, entre Widal, Joffroy, P. Marie, Lamy, sur les rapports des lésions de névrite radiculaire et de la lymphocytose céphalorachidienne.

facteur morbide, dans un *complexus étiologique*, dont: l'*alcoolisme*, l'*infection bacillaire*, les *infections microbiennes secondaires*, la *dénutrition* et la *cachexie*, l'auto-intoxication consécutive aux *insuffisances hépatique et rénale*, représentent les principaux éléments associés. La clinique, d'une part, démontre la fréquence de cette combinaison, alcoolisme chronique et tuberculose cavitaire, à la base du syndrome psychopolynévritique chez la femme; et l'autopsie, d'autre part, révèle, chez les mêmes sujets, la constance des altérations d'hypertrophie et de stéatose du foie et du rein, associées aux lésions de la tuberculose. Le syndrome mental semble bien ici être lié, suivant l'expression de M. Faure[1], à l'*insuffisance des fonctions hépato-rénales*. On trouvera dans la thèse de cet auteur, de probantes observations de ce syndrome, à la fois mental et polynévritique, chez des sujets tuberculeux et alcooliques.

Dans des cas exceptionnels, on a signalé l'association du saturnisme ou de l'arsenicisme à la tuberculose ; ces combinaisons toxi-infectieuses semblent agir également par l'intermédiaire de lésions hépato-rénales de multiple origine.

Si la psychopolynévrite des tuberculeux n'a pas d'étiologie simple et univoque, puisqu'elle ne semble pas relever de la toxi-infection bacillaire pure ; elle revêt une physionomie et une évolution cliniques assez particulières, qui résultent de l'association, sur certains sujets, des syndromes suivants : polynévrite sensitivo-motrice, surtout des membres inférieurs, avec troubles psychiques caractéristiques concomitants (amnésie, confusion mentale, hallucinations, agitation, insomnie, etc.) ; tuberculose cavitaire chronique ; insuffisances hépatique et rénale, avec foie gros : la fièvre, d'allure hectique, est fréquente ; l'ictère, l'albuminurie, existent assez souvent aussi. Enfin, l'ataxoadynamie, l'amaigrissement rapide, etc., révèlent la gravité de l'atteinte de l'état général.

La *psychopolynévrite des infections aiguës* (grippe, fièvre typhoïde, scarlatine, variole, etc.) est relativement rare. Au cours ou, plus souvent encore, au déclin ou dans la convalescence des infections aiguës graves, peut éclater, avec les caractères classiques qu'on lui connaît bien maintenant, une *polynévrite* à localisation surtout paraplégique : mais presque toujours la sphère psychique reste à peu près indemne ; ou, du moins, les symptômes psychopathiques ne s'imposent pas à l'examen et passent inaperçus. Dans une autre série de cas, ces infections aiguës (fièvre typhoïde, grippe, puerpéralité, fièvres éruptives, etc.) se compliquent dans leur cours ou à leur déclin, d'accidents psychiques aigus ou subaigus (amnésie, désorientation, obnubilation, hallucinations, délires, etc.) dont l'ensemble porte le nom général de *confusion mentale*. Dans de tels cas, la sphère nerveuse périphérique reste à peu près indemne ; ou du moins, les symptômes névritiques ne s'imposent pas à l'examen et passent inaperçus.

Dans une troisième catégorie de cas, relativement rares, les deux syndromes, polynévrite et confusion mentale, au cours ou au décours des infec-

[1] M. Faure. — *Thèse* Paris, 1899.

tions aiguës, associent sur le même malade, dans une évolution clinique parallèle, leurs éléments sensitivo-moteurs et psychiques, et ainsi se constitue le syndrome complexe de la *psychose polynévritique*.

Le syndrome mental de la psycho-polynévrite varie beaucoup plus suivant la gravité que suivant la nature de l'infection causale. Que la fièvre typhoïde, la grippe, l'infection puerpérale, la diphtérie, une angine aiguë, etc., soient en cause, ce syndrome mental se traduira toujours par les divers éléments associés des psychopathies toxiques, amnésie, confusion mentale, délire onirique, hallucinations et illusions, et, secondairement, modifications variables du ton émotionnel (anxiété, agitation, dépression, etc.), réactions motrices consécutives (attitude mimique, langage, actes, fugues, impulsions variées, etc.), et troubles ataxo-adynamiques de l'innervation cérébro-spinale (insomnie, somnolence, grincement de dents, mâchonnement, marmottement, carphologie, tremblement, soubresauts tendineux, troubles des sphincters, etc.).

On sait que les auteurs reconnaissent, en général, dans les fièvres, des *délires dits de la période d'état*, et des *délires dits de la période de déclin* ou de convalescence. Les premiers, contemporains du début ou de l'acmé de la pyrexie, de l'invasion ou du maximum de la fièvre, se manifestent, comme symptôme précoce, à la première période de la maladie, ou plus tard en pleine évolution pyrétique. Lorsqu'ils sont précoces, ces délires éclatent, en général, chez les prédisposés, peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic, et revêtent les allures et les aspects les plus différents ; il est exceptionnel qu'ils s'accompagnent de signes de polynévrite.

Au contraire, les délires du déclin, ou de la convalescence des maladies aiguës, fréquemment associés à des signes plus ou moins manifestes de polynévrite, sont d'observation assez fréquente. Ils affectent les formes amnésique, confusionnelle, délirante, démentielle, plus haut décrites.

Si l'on prend, pour type d'étude, la *fièvre typhoïde*, dont les déterminations cérébrales et nerveuses sont si communes et les séquelles psychopathiques de notoriété si vulgaire, on doit rapporter à la forme amnésique de la psychopolynévrite, les *troubles et les lacunes de la mémoire*, si fréquents à la suite de cette maladie : à la forme délirante, les *manifestations psychopathiques* décrites par tant d'auteurs (Louis, Murchison, Liebermeister, Trousseau, Bucquoy et Hanot, M. Raymond, Barié, etc., etc.) et qui, sous la forme ambitieuse, mystique, érotique, hypochondriaque, etc., se montrent aussi éphémères que polymorphes. Ce sont les divers aspects de l'*onirisme confus et délirant des toxi-infections aiguës,* auxquels succèdent parfois, suivant le mécanisme si bien élucidé par Régis, des *idées fixes postoniriques*, isolées et plus ou moins durables. Enfin, il faut rapporter à la forme démentielle *ces troubles intellectuels persistants,* sous forme de stupeur mélancolique, d'agitation maniaque, d'affaiblissement psychique avec ou sans délire, qui constituent les *séquelles mentales de la dothiénenterie*. Les psychoses post-typhiques, comme les autres formes de folie d'origine infectieuse, peuvent guérir complètement ; dans le cas contraire, elles représentent, sous leurs divers aspects, les *phases de tran-*

sition de la confusion mentale infectieuse aiguë aux états démentiels chroniques.

Les mêmes considérations s'appliquent aux états de confusion, d'onirisme, de délire et d'affaiblissement psychique, avec polynévrite plus ou moins accusée, qu'on observe au cours ou dans la convalescence de la *grippe,* de la *variole,* des diverses *septicémies,* des *suppurations* locales étendues ou prolongées, du rhumatisme articulaire aigu, de la diphtérie, etc.

Mourreyre [1] a fait, dans le service de H. Roger, une consciencieuse et intéressante étude des manifestations psychonévropathique de la scarlatine, dont le rôle pathogène important avait déjà été mis en lumière par Clouston et Kräpelin. Les suites psychopathiques, surtout d'ordre démentiel, de la scarlatine, sont assez fréquentes, lorsque cette fièvre atteint un prédisposé, à l'âge adulte.

Le *paludisme,* dont les déterminations nerveuses ont été bien étudiées par Combemale, Singer, Boinet et Salebert, Glogner et Raymond, Marandon de Montyel, peut provoquer, chez les prédisposés, principalement lorsque l'alcoolisme et le surmenage ajoutent leur action à celle du poison malarien, l'apparition du syndrome de la psychopolynévrite.

La *psychopolynévrite des intoxications exogènes* s'observe dans l'arsenicisme, le saturnisme, l'hydrargyrisme, les empoisonnements par l'oxyde et le sulfure de carbone, l'essence de térébenthine, l'aniline, le tabac, etc., etc.

La *polynévrite arsénicale* s'accompagne parfois d'amnésie, de confusion mentale et de délire. Mais les symptômes psychiques sont presque toujours effacés et discrets : jamais ils n'arrivent à dominer le tableau clinique.

La *polynévrite saturnine* peut, chez les prédisposés, les alcooliques, les urémiques, s'accompagner de troubles psychiques qui présentent la plus grande analogie avec ceux de l'alcoolisme chronique.

Le syndrome mental revêt l'apparence de la *pseudo-paralysie générale,* avec prédominance de confusion, de désordre dans les idées et les actes, d'hallucinations, de troubles sensitifs et sensoriels. L'évolution est le plus souvent, non progressive, mais *régressive.* Dans les cas graves, les troubles psychiques aboutissent à un état de *démence* incurable. Le syndrome psychopolynévritique est généralement, chez les saturnins, d'*étiologie très complexe* (saturnisme, alcoolisme, urémie, dyshépatie; hystéro-alcoolisme, artériosclérose cérébrale et troubles nutritifs chroniques, etc.).

La *polynévrite mercurielle,* beaucoup plus rare, s'accompagne parfois d'un syndrome mental (amnésie, confusion, obnubilation, anxiété, hallucinations, stupeur, gâtisme, etc.) qui, joint aux autres éléments de l'hydrargyrisme, notamment au tremblement labio-lingual et digital, et à la notion des antécédents syphilitiques du malade, simule, assez infidèlement d'ailleurs, le *développement subaigu d'un syndrome paralytique.* Ces cas se produisent parfois au cours du *traitement mercuriel intensif* des accidents de la syphilis. J'ai observé trois cas de ce genre, dans lesquels il a suffi de cesser le traite-

[1] A. Mourreyre. Des manifestations nerveuses de la scarlatine. Psychoses intra et post-scarlatineuses. *Thèse Paris,* 1899.

ment pour supprimer les accidents ; l'apparition de ceux-ci, faisant redouter au médecin l'imminence d'accidents cérébraux, avait donné le signal d'un redoublement d'activité thérapeutique spécifique ; et, par suite, d'une aggravation des phénomènes toxiques. Dans un autre cas, une paralysie générale soumise à une longue série d'injections de calomel, s'est présentée à mon observation avec le syndrome paralytique doublé des signes d'une intoxication mercurielle évidente (ptyalisme, colite, troubles digestifs, tremblement ataxo-spasmodique généralisé, surtout à la langue, cachexie ; amnésie profonde, confusion extrême, anxiété, insomnie, hallucinations, éréthisme nerveux diffus, etc.; myalgies, paraplégie incomplète, etc.). Mise au repos et à la diète mercurielle, la malade s'est, en quelques semaines, améliorée et dégagée du syndrome toxique surajouté au processus paralytique. Les mois suivants, l'état général est devenu excellent et la paralysie générale a continué à suivre son cours ordinaire. L'évolution paisible d'une démence simple, progressive, avec de vagues idées de satisfaction, a succédé à cette explosion subaiguë d'accidents de confusion délirante, hallucinatoire, anxieuse, d'origine toxique.

La *polynévrite sulfocarbonée*[1], d'origine presque toujours professionnelle, est généralement précédée, et souvent dominée dans son expression clinique, par un syndrome cérébral particulier (phosphènes, hallucinations visuelles, visions de flammes ; hallucinations auditives, paresthésies diverses, céphalée ; délire avec dépression mélancolique ou plus souvent agitation maniaque ; idées de persécution, idées mystiques, excitation génésique, etc.), qui donne à l'intoxication sulfo-carbonée une expression psychopathique assez spéciale.

De nombreux auteurs (Delpech, A. Voisin, Lippmann, Peterson, Raymond, etc.), ont insisté sur ces accidents, dont l'évolution, en général régressive en cas d'éloignement du poison, aboutit, dans le cas contraire, à une encéphalopathie démentielle incurable.

La *polynévrite oxycarbonée*[2] est toujours dominée, dans son expression clinique, par les accidents cérébraux caractéristiques de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone (céphalée, vertiges, obnubilation intellectuelle, amnésie, confusion mentale, affaiblissement psychique, hallucinations, etc.). La forme amnésique est la plus fréquente : et le plus souvent l'*amnésie* revêt des allures très particulières dans son électivité et son évolution.

Je ne puis entrer ici dans l'histoire des troubles mentaux d'origine oxycarbonée. Je renvoie, pour cette étude, aux travaux de Moreau de Tours, Briand, Brouardel, Lancereaux, Magnan, Truelle et Petit, Trénel, cités dans la thèse de Le Dosseur, et dans le mémoire de Greidenberg. La plupart de ces travaux mettent en évidence la haute prédominance des troubles profonds et durables de la mémoire sous forme d'amnésie à type divers, rétro ou antérograde,

[1] E. Prodhon. Des troubles intellectuels dans l'intoxication par le sulfure de carbone. *Thèse Paris*, 1897. — Julius Hampe. Ueber Geisteskrankheiten, in Folge Schwefelkolenstoffvergiftung. Leipzig, 1895.

[2] L. Le Dosseur. Des troubles intellectuels consécutifs à l'intoxication oxycarbonique. *Thèse Paris*, 1901.

souvent rétro-antérograde, continue, parfois curable, parfois permanente et suivie de démence définitive. Ces troubles amnésiques ont la plus haute importance médico-légale, dans les affaires d'empoisonnement[1].

Les lésions histopathologiques fines de l'écorce se doublent souvent d'altérations grossières des vaisseaux, qui aboutissent à des foyers d'hémorrhagie ou de ramollissement : il en résulte un complexus anatomo-clinique de démence d'origine toxique, à lésions multiples, les unes grosses et circonscrites, les autres fines et diffuses, qui donnent des caractères un peu spéciaux à l'*encéphalopathie oxy-carbonée.*

L'empoisonnement par le *tabac*, les *bromures*, la *cocaïne*, l'*aniline*, l'*essence de térébenthine*, peut donner lieu à des syndromes psychopolynévritiques variés, exceptionnels dans leurs formes graves, assez fréquents dans leurs formes légères et frustes. Vas a montré expérimentalement le pouvoir pathogène de l'*association de l'alcool et de la nicotine ;* et on connaît la fréquence de cette alliance étiologique, chez les buveurs et fumeurs. La nocivité élective de la nicotine pour les fonctions de la mémoire est bien connue. Je n'insiste pas sur les effets des autres poisons.

Les *intoxications alimentaires*, le botulisme, peuvent également provoquer des polynévrites avec accidents psychiques.

Les *psychopolynévrites des intoxications endogènes* s'observent dans les dyscrasies humorales du diabète, de l'urémie, de l'insuffisance hépatique, du cancer, etc.

La *polynévrite diabétique*, dans ses différentes formes, douloureuse, paréto-atrophique et ataxique, se combine souvent avec des phénomènes sensoriels, génésiques, neurasthéniques, et avec un état mental composé d'affaiblissement, d'obnubilation, d'amnésie, d'impuissance intellectuelle, de dépression mélancolique avec idées de ruine, de manière à simuler le tabes ou la paralysie générale.

P. Marie et Robinson [2] ont insisté sur un syndrome urologique et clinique constitué par un état mélancolique avec insomnie et impuissance, et présence dans l'urine d'un sucre lévogyre (lévulose). Les troubles disparaissent rapidement dès qu'on institue le régime antidiabétique.

Les *psychopolynévrites* des *insuffisances hépatique et rénale* sont fréquentes et jouent presque toujours un rôle de grande importance dans l'alcoolisme, la tuberculose, le diabète, le saturnisme, etc., et dans les grandes infections.

J'ai suffisamment insisté sur l'importance des troubles hépatiques et rénaux dans l'étiologie des syndromes mentaux et névritiques de toute origine pour n'y pas revenir. Assez souvent d'ailleurs, ces lésions primitives, aiguës ou chroniques, du foie ou du rein provoquent directement l'apparition des accidents de la psychopolynévrite subaiguë ou chronique : beaucoup des formes cérébrales et nerveuses de l'urémie ne sont que des aspects de ce syndrome : exception faite des coïncidences d'accidents vésaniques et d'affections

[1] Greidenberg. Des psychoses consécutives aux intoxications oxycarbonées. *Annales médico-psychologiques*, 1900. Août-Juillet.

[2] P. Marie et Robinson, *Soc. méd. des hôpitaux*, 1897.

rénales, presque tous les cas de *folie brightique* (Dieulafoy), d'urémie délirante (Raymond) ressortissent au *syndrome mental de l'auto-intoxication urémique*.

Le rôle de l'*insuffisance hépatique,* depuis la série des états cholémiques de la famille biliaire (Gilbert et Lereboullet) jusqu'aux grands accidents de l'auto-intoxication massive par anhépatie, a été mis en lumière par les travaux classiques de Klippel, de Charrin, de Joffroy, de L. Lévi, G. Ballet et M. Faure, Cullerre, de Vigouroux et Juquelier, etc.

Le syndrome psychopathique a pour *caractéristiques étiologiques :* d'être étroitement subordonné dans son apparition, ses fluctuations et son évolution, au début, aux oscillations et aux progrès de l'insuffisance hépatique, qu'on peut apprécier et mesurer par l'enquête urologique, l'examen du foie et du sang : d'être lié à une affection hépatique déterminée (cancer, stéatose, cirrhoses avancées, etc.), ayant pour aboutissant la lésion destructive de la cellule hépatique ; enfin, d'apparaître au milieu d'une situation générale grave, caractérisée par des troubles nutritifs profonds, et des insuffisances viscérales multiples, que vient compliquer et aggraver l'insuffisance hépatique. Le syndrome a pour *caractéristiques cliniques :* la confusion mentale, l'onirisme, le délire hallucinatoire, la torpeur, la somnolence, le coma vigil ; enfin, pour *caractéristiques pronostiques,* l'extrême gravité de la signification des accidents psychiques d'origine hépatique, et l'indication générale de la thérapeutique antitoxique.

Ces accidents peuvent, en s'associant à des phénomènes de polynévrite, simuler le syndrome de la paralysie générale (Joffroy, Léopold Lévi[1]).

Les cachexies cancéreuse, rhumatismale chronique, goutteuse, peuvent se compliquer d'accidents polynévritiques (Gombault, Auché) avec troubles psychiques, le plus souvent d'allure démentielle, d'origine autotoxique, d'étiologie fort complexe et d'expression clinique obscure et souvent latente. On observe fréquemment ces faits complexes dans les hospices et les services de chroniques.

Au syndrome de la psychopolynévrite peuvent s'associer des états de *méningisme,* de *catalepsie,* ainsi que je l'ai observé avec Séglas et Rabé. Enfin, des symptômes de nature *hystérique* et *neurasthénique* peuvent s'ajouter au complexus clinique de la psychose polynévritique.

Marche. Durée. Terminaisons. — Après la description des différentes formes cliniques et l'étude des nombreuses variétés étiologiques de la psychopolynévrite, il sera inutile d'insister à nouveau sur les caractères évolutifs du syndrome : ceux-ci sont étroitement liés à l'origine étiologique, le plus souvent multiple, de l'intoxication causale ; à l'état des organes, principalement du foie et du rein ; à l'âge du malade ; à l'influence des conditions morbides concomitantes.

La forme clinique, soumise aux mêmes influences, est subordonnée aussi à

[1] Léopold Lévi. Troubles nerveux d'origine hépatique. *Thèse Paris,* 1896.

'hérédité névropsychopathique du sujet ; la persistance plus ou moins prolongée des accidents indique souvent la faiblesse, congénitale ou acquise, du terrain cérébral. Enfin, la terminaison du syndrome psychopolynévritique est commandée à la fois, par la résistance du système nerveux du malade, et par la virulence des poisons qui imprègnent les neurones, dans leur enchevêtrement cortical comme dans leur épanouissement périphérique. C'est dire quelle multiplicité de facteurs entrent en jeu dans ce déterminisme, dont les deux aboutissants opposés sont la guérison et la démence.

La *guérison* est la règle chez les sujets résistants, indemnes d'hérédité névropathique, à viscères suffisants, et dont l'organisme subit les atteintes temporaires d'une toxi-infection aiguë.

La *terminaison par la démence* est la règle chez les sujets âgés, artérioscléreux, à viscères insuffisants, et soumis aux effets d'une intoxication chronique. Elle est fréquente, également, chez les malades à hérédité chargée, profondément infectés ou intoxiqués, surmenés, atteints d'affections multiples dont l'association renforce les effets (alcoolisme et tuberculose ; alcoolisme et fièvre typhoïde ; alcoolisme, saturnisme et syphilis, etc.).

Dans beaucoup de cas, d'ailleurs, la *mort* (tuberculose, affections hépatiques et rénales, fièvre typhoïde, etc.) est la terminaison naturelle des accidents qui se sont compliqués du syndrome psychopolynévritique.

L'affection psychopolynévritique peut *guérir incomplètement,* en laissant le malade affaibli dans son intelligence, ou plus ou moins compromis dans sa validité cérébrale. C'est là une des origines fréquentes des démences toxi-infectieuses, précoces, à substratum organique saisissable.

Dans ces cas de *guérison avec déficit* (Heilung mit Defect), le mode de terminaison s'annonce par une évolution lente des accidents vers une amélioration très tardive ; par la *persistance d'obsessions conscientes* ou *d'idées fixes délirantes,* qui deviennent l'origine de *délires systématisés secondaires, à tendance démentielle* plus ou moins rapide.

La *durée* des accidents est extrêmement variable, elle oscille entre quelques semaines et quelques mois. La guérison s'annonce, non seulement par l'amélioration progressive de l'état général, mais par une *convalescence psychique* oscillante, irrégulière, semée de rechutes et d'éclaircies, et enfin suivie du rétablissement des fonctions intellectuelles.

Dans certains cas, à une polynévrite grave et tenace s'associe un désarroi psychique momentané, qui disparaît rapidement, en quelques jours ; dans d'autres cas, l'atteinte psychique est profonde, et les troubles névritiques ont depuis longtemps disparu, que la confusion mentale et l'amnésie persistent encore, et durent des mois.

Au sortir des accidents psychopolynévritiques, les malades ne se rendent qu'un compte très imparfait de la durée et de la nature des troubles mentaux dont ils guérissent. L'amnésie continue est, en effet, un des éléments les plus tenaces du syndrome : les malades restent longtemps incapables d'attention et de mémoire.

Pronostic. — Essentiellement lié à l'étiologie des accidents ; à la nature, à la durée d'action, aux associations pathogéniques, du poison causal ; à l'âge et à l'état des organes, à l'hérédité du malade ; le pronostic de la psychopolynévrite se tire, dans chaque cas en particulier, de l'étude et de l'appréciation de tous ces éléments. D'une manière générale, il est bien difficile de prévoir, dès le début des accidents, l'*évolution ultérieure* de ceux-ci, la *guérison* ou la *chronicité*. Plus les allures du syndrome sont simples et régulières dans leur tenue, plus il est permis de formuler un pronostic favorable : une évolution irrégulière, compliquée, d'aspect changeant, est de mauvais pronostic. Il faut tenir compte également, en cas d'amélioration, de la fréquence des *rechutes*, et ne pas oublier, lorsque les troubles semblent s'éterniser, la *possibilité d'une guérison tardive mais complète*. Celle-ci peut encore survenir après deux ans de troubles psychiques continus. Elle reste d'ailleurs possible tant qu'il n'apparaît pas de signes manifestes de démence.

Diagnostic. — L'apparition de la psychopolynévrite est, le plus souvent, précédée et entourée d'un tel cortège d'éléments étiologiques et cliniques, qu'un médecin instruit ne saurait, au moins dans les cas ordinaires, la méconnaître. L'association du syndrome polynévritique au syndrome mental, au cours d'une infection ou d'une intoxication, constitue un ensemble somato-psychique qui impose le diagnostic. L'absence ou plutôt le caractère fruste ou latent de l'un de ces deux éléments, notamment de la polynévrite, peut induire en erreur le clinicien sur la véritable signification de l'élément psychopathique prédominant. En pareille occurrence, il convient d'abord de dépister, par une recherche soigneuse des signes de l'affection, la polynévrite plus ou moins latente. Ensuite, il faut analyser avec méthode les éléments du syndrome psychopathique, en bien préciser le moment et le mode de début, en établir les relations chronologiques et évolutives avec les étapes successives de la maladie toxique ou infectieuse qu'ils sont venus compliquer, et ainsi, suivant le précepte de Delasiauve, rappelé par Séglas à propos de la confusion mentale, chercher à *asseoir le diagnostic sur l'ensemble total des symptômes, leurs rapports intrinsèques et leur évolution*.

L'analyse des symptômes, en eux-mêmes, en révèle tout d'abord le caractère aigu ou subaigu et la nature onirique ; l'étude de leurs rapports avec la situation morbide montre qu'ils font partie d'un ensemble de troubles généraux d'origine toxique, de date récente ou ancienne, dont ils représentent une complication secondaire.

Lorsque l'affection causale, relativement légère, a disparu (infections atténuées, intoxications latentes, états de surmenage, etc.) et que la psychopolynévrite secondaire lui survit à l'état de *syndrome isolé, d'allure presque primitive*, le diagnostic peut devenir plus délicat.

On peut hésiter parfois, dans certaines circonstances difficiles, entre la psychopolynévrite et la *paralysie générale*.

Outre les commémoratifs, le mode de début, les circonstances étiologiques, qui diffèrent dans les deux cas, on opposera la physionomie égarée, ahurie,

stupéfaite, interrogative du psychopolynévritique, au facies épanoui, béat ou inerte du paralytique : le premier, désorienté et confus, fait parfois effort pour ordonner ses pensées et comprendre les questions ; ls second, satisfait ou indifférent, ne cherche aucunement à suivre l'entretien, ni à s'associer à l'interlocuteur. On opposera la lenteur indécise et hésitante des mouvements du premier, à la maladresse brusque et saccadée des gestes du paralytique : la démarche défaillante, le pas traînant et l'habitus fatigué du premier à l'allure trébuchante et ataxique du paralytique.

L'état mental diffère par des caractères fondamentaux : chez le psychopolynévritique, on constate souvent de l'anxiété, du malaise, le sentiment intime de son incapacité psychique, de sa désorientation : chez le paralytique, ces états sont remplacés par de l'apathie, de l'indifférence ou du contentement, l'absence de toute recherche et de tout effort pour combler les lacunes de l'amnésie, se reconnaître dans le milieu, etc. L'*amnésie diffère profondément dans les deux maladies* : dans la psychopolynévrite, elle est continue, inégale et oscillante, et tient non pas à la destruction des images, mais à l'absence de leur assimilation à la synthèse personnelle ; dans la paralysie générale, elle est globale, progressive, et d'ordre démentiel : elle traduit la destruction des matériaux psychiques.

La recherche des signes physiques, l'analyse des troubles du langage, aideront à corroborer le diagnostic dans un sens ou dans l'autre.

Dans certains cas, le problème diagnostique, à peu près insoluble, ne s'éclaire que par l'*évolution ultérieure des accidents*. Cette évolution elle-même ne permet pas toujours de trancher la question : car on a cité des cas où une paralysie générale manifeste succéda insensiblement, ou après une période de rémission plus ou moins prolongée, à un syndrome psychopolynévritique d'origine infectieuse aiguë. Je n'insiste pas ici sur les difficultés de l'interprétation doctrinale de tels cas.

Les formes agitées et bruyantes de psychopolynévrite seront distinguées des *accès de manie* par l'expression du visage, qui, dans la manie, est animé, mobile, coloré ; par le débit du langage, qui est tumultueux, rapide, elliptique ; par l'exaltation du ton émotionnel, la rareté des hallucinations, etc. Les formes dépressives et inertes de la psychose polynévritique ne présentent pas la fixité tenace, la tenue logique et le caractère cohérent des manifestations concordantes de l'expression, de l'attitude, et du délire, qui traduisent, dans la *mélancolie* vraie, l'état continu et fondamental de malaise cénesthésique et de douleur morale de cette affection.

La *psychose hallucinatoire aiguë* (Farnarier), les *délires d'emblée* des dégénérés (Magnan), certaines formes de *paranoïa aiguë* se rapprochent, par quelques-unes de leurs manifestations, de certains aspects de la psychose polynévritique. Mais ces épisodes vésaniques éclatent, le plus souvent, en dehors d'un trouble actuel de la santé générale, et sans antécédents morbides saisissables ; il n'existe pas de polynévrite : l'évolution est différente.

Le *délire aigu*, dont la pathogénie toxi-infectieuse, proclamée pour la première fois par M. Briand (1881), a été depuis unanimement confirmée, ne

représente que le degré maximum du syndrome mental observé dans la psychose polynévritique ; de même, le *delirium tremens* représente le degré maximum des accidents psychopathiques aigus de l'alcoolisme chronique. Aussi A. Carrier, G. Carrier et E. Martin[1] déclarent-ils que le delirium tremens est une variété de délire aigu, que spécifie seulement son origine alcoolique.

Ce qui distingue les cas de *délire aigu*, ou de *delirium tremens*, des cas de psychose polynévritique, c'est seulement l'acuité, la rapidité et l'intensité des accidents ; l'éclat des symptômes cérébraux domine tellement le tableau clinique que les symptômes polynévritiques sont nuls ou restent latents. On constate, en effet, à la lecture des observations de délire aigu, que le système nerveux périphérique est resté muet et qu'on ne l'a pas interrogé. Mais tous les auteurs accordent une large place aux phénomènes généraux de toxi-infection, de dénutrition aiguë et de typhisation de l'organisme. Cette symptomatologie somatique se retrouve, à un moindre degré, dans la psychose névritique.

Le délire aigu, tel que l'entendaient Calmeil et Brierre de Boismont, éclate sous l'influence du surmenage ou des toxi-infections, chez les prédisposés, les cérébraux, les aliénés. Or le syndrome mental de la psychopolynévrite est soumis exactement aux mêmes conditions étiologiques.

Enfin, il résulte des dernières études histopathologiques, dues surtout à Cristiani[2] et Coppelletti[3], que les lésions cellulaires corticales du délire aigu sont absolument comparables à celles de la psychose polynévritique. Tandis en effet, que, dans les deux affections, la névroglie, les vaisseaux et la pie-mère ne présentent qu'un minimum d'altérations, au contraire les cellules pyramidales sont atteintes de tuméfaction globuleuse, de chromatolyse périphérique ou périnucléaire, de migration excentrique du noyau, enfin de dégénérescence nécrotique totale. Les cellules des cornes antérieures de la moelle, les racines et les nerfs périphériques, sont également, dans le délire aigu, le siège de lésions dégénératives profondes ; dans les nerfs, la destruction de la myéline avec conservation relative du cylindraxe est une lésion constante.

En résumé, les lésions du névraxe dans les deux syndromes sont les mêmes : elles sont seulement portées à un degré bien plus élevé dans le délire aigu. Les altérations de stéatose diffuse du foie et des reins existent dans les deux cas. On sait le rôle pathogénique de première importance qu'elles doivent jouer dans le déterminisme des accidents.

Ainsi donc, même étiologie, même pathogénie, mêmes lésions, même symptomatologie, même évolution, mêmes indications thérapeutiques, président à ces *deux syndromes psychopathiques aigus d'origine toxique :* le *délire aigu*, et la *psychose polynévritique*. La seule différence que puisse

[1] A. Carrier, G. Carrier et E. Martin. Le délire aigu. *Rapport au Congrès de Limoges*, 1901.

[2] Christiani. Anatomie pathologique et pathogénie du délire aigu. *Rev. q. d. psych. Neur.* juin 1898.

[3] Coppelletti. Sulla origine infettiva del delirio acuto. Ferrare, 1899.

reconnaître la pathologie générale entre ces deux expressions cliniques de l'atteinte du névraxe par la toxémie, est une différence de degré : la psychopolynévrite est une expression atténuée, et le délire aigu une expression intense de l'intoxication du système nerveux, chez les prédisposés. Entre les deux syndromes, existent en clinique toutes les transitions.

A l'origine du délire aigu, figure rarement une affection toxique ou infectieuse déterminée, telle que la grippe, la fièvre typhoïde ; au contraire, à l'origine de la psychose polynévritique, on retrouve, en général, une maladie causale assez précise. C'est là une différence d'ordre étiologique, d'importance toute relative ; car outre que le délire aigu peut succéder à une affection déterminée : alcoolisme, grippe, etc., on sait que le syndrome psychopolynévritique éclate assez souvent en dehors de tout antécédent morbide infectieux ou toxique bien caractérisé.

On reconnaîtra donc le délire aigu non seulement à l'acuité, à la gravité et à la rapidité d'évolution des accidents ; mais à l'ensemble des conditions étiologiques positives (prédisposition névropathique, épuisement nerveux occasionnel), et négatives (absence ordinaire d'une infection déterminée à l'origine du syndrome toxi-infectieux). La *nature typhique* des accidents, qu'on peut parfois soupçonner d'après certaines notions étiologiques ou cliniques, sera recherchée par le séro-diagnostic, par la percussion de la rate, l'examen du sang, etc.

L'*origine alcoolique* du syndrome sera soupçonnée à l'odeur de l'haleine, à la notion des antécédents professionnels et des habitudes du malade, à l'allure des symptômes (hallucinations visuelles, zoopsie, tremblement généralisé, sueurs, etc.).

Le *diagnostic étiologique* de la psychopolynévrite s'établira d'après la notion des antécédents, lointains et immédiats, du sujet; d'après l'examen soigneux de tous les organes ; l'étude de l'évolution des accidents, de la courbe thermique ; d'après l'analyse des urines, examinées au point de vue de l'insuffisance hépatique (glycosurie alimentaire, urobilinurie, hypoazoturie, oligurie, etc.), des affections rénales (albuminurie, pyurie, etc.) et diathésiques (glycosurie). La forme des symptômes psychiques ou névritiques mettra souvent sur la voie de la cause des accidents (localisations topographiques et systématisations douloureuse, motrice, mixte, etc. des névrites ; prédominance de tel ou tel symptôme mental (amnésie, hallucinations, etc.).

L'*examen cytodiagnostique du liquide céphalo-rachidien*, après ponction lombaire, pourra être utilisé, en cas de soupçon de méningite. Dans les cas de psychopolynévrite pure, l'examen du liquide céphalo-rachidien est négatif, et permet d'éliminer tous les processus, aigus ou chroniques, de méningite : suppurée, tuberculeuse, paralytique, alcoolique. Dans un cas de psychopolynévrite aiguë, chez une alcoolique tuberculeuse, avec stéatose hépato-rénale, morte avec un ictère léger, le liquide céphalo-rachidien, d'ailleurs exempt d'éléments figurés, présentait une coloration jaunâtre pâle : et l'examen chimique a démontré la présence dans le liquide, comme dans les cas de Gilbert

et Castaigne, de pigments biliaires vrais[1]. Dans un cas d'empoisonnement par l'oxyde de carbone, ayant déterminé de la polynévrite périphérique, une hémiplégie droite légère, transitoire, des troubles sphinctériens pendant plusieurs semaines, et quelques symptômes psychiques passagers (amnésie, obnubilation, etc.), la ponction lombaire m'a démontré l'absence de lymphocytose.

L'absence d'éléments figurés dans le liquide céphalo-rachidien des malades atteints de psychose polynévritique démontre qu'une lésion très étendue du névraxe peut ne pas irriter la pie-mère et laisser la méninge intacte (Widal).

Anatomie pathologique. — Les lésions que l'on observe, à l'autopsie et à l'examen microscopique des organes, chez les sujets morts dans le syndrome psychopolynévritique sont très variées et de valeur fort inégale.

En règle générale, l'*inspection macroscopique des centres nerveux* ne révèle rien d'anormal : mais l'examen du *foie* et du *rein* montre l'existence d'*altérations dégénératives* plus ou moins profondes et diffuses, de ces viscères. Ces organes sont le plus souvent augmentés de volume et de poids, diminués de consistance et plus pâles qu'à l'état normal. A la coupe, ils apparaissent manifestement gras, et l'étude histologique démontre, en effet, que, au milieu de lésions variées de nature inflammatoire, dégénérative et scléreuse, la *stéatose diffuse* est la lésion dominante.

Du côté des centres nerveux, on note un degré variable de *congestion*, d'*œdème*, quelquefois de suffusion sanguine de la pie-mère ; dans certains cas, un peu d'*épaississement de la séreuse*, avec état glutineux et adhérence diffuse et légère aux circonvolutions : la décortication est d'ailleurs partout facile est complète. Aucune altération appréciable n'existe à la coupe des centres, ni à l'aspect des nerfs.

Tout l'intérêt anatomopathologique de l'affection réside dans les résultats de l'*examen microscopique*. Je renvoie, pour l'étude du détail des lésions inverses, au magistral article de Babinski[2].

Du côté des *nerfs* on observe toute la série et tous les degrés des lésions caractéristiques de la *névrite parenchymateuse*, si bien mises en lumière par les classiques travaux de Ranvier, Gombault Joffroy, Déjerine, Babinski, Pitres et Vaillard, etc., et plus récemment de Marinesco, Dopter et Lafforgue, etc. Le gonflement du protoplasma, la multiplication des noyaux, la fragmentation en boules, puis l'émiettement en boulettes, enfin l'émulsion fine de la *myéline*, la section du *cylindraxe* avec ses conséquences dégénératives, l'atrophie et la disparition finale du cordon nerveux, l'inégale répartition des lésions observées, la *régénération* possible des cordons nerveux altérés, etc., constituent les *phases successives et les divers aspects du processus névritique*.

On sait, depuis les recherches de Gombault, que la phase initiale et la

[1] E. Dupré et Sébilleau. *Soc. méd. des Hôpitaux*. 1903.
[2] Babinski. Les Névrites, *Traité de Charcot-Bouchard* t. VI.

lésion primitive de ce processus dégénératif, consistent dans la *névrite segmentaire périaxile,* laquelle n'entraîne pas nécessairement la *dégénération ultérieure du bout périphérique,* si le cylindraxe survit à la désagrégation du manchon myélinique segmentaire. Cette dégénérescence se produit dans le cas où le cylindraxe est détruit par les progrès centripètes de la lésion interannulaire.

Que la lésion segmentaire soit plus ou moins intense, qu'elle s'accompagne ou non de prolifération des noyaux protoplasmiqnes, il semble ressortir des études expérimentales de névrites provoquées par les toxines bactériennes, que l'attaque du cordon nerveux a lieu au niveau de l'étranglement, comme si tel était le point par où s'exerce l'action nocive du poison injecté (Pitres et Vaillard).

L'étude des portions du nerf supérieures au foyer morbide, a démontré la réalité du processus de la *dégénération ascendante,* sous forme d'atrophie progressive des fibres, avec conservation du cylindraxe plus ou moins altéré, ou même sous forme de dégénérescence à type wallérien, avec destruction du cylindraxe. Le processus ascendant est en général tardif et à lente évolution.

Enfin, les études de Nissl, Lugaro, Marinesco, Campbell, Souckanoff, Ballet et Dutil, ont démontré que les lésions névritiques pouvaient provoquer à distance l'apparition dans les cellules originelles du cylindraxe attaqué, d'altérations précoces, progressives, caractérisées par la chromatolyse, le déplacement excentrique du noyau, la désintégration de la substance achromatique, et, finalement, l'atrophie et la disparition de la cellule. Ce *processus de retentissement à distance, dans la cellule originelle du nerf,* au niveau de la moelle, des lésions éloignées de névrite destructive, s'exerce sans altération intermédiaire du cordon nerveux, entre le foyer de la névrite et les origines du nerf (fig. 157). Il peut, dans ses progrès et son intensité, affecter tous les degrés, depuis les phases initiales où les lésions cellulaires sont légères et curables, jusqu'aux phases tardives où les altérations aboutissent à des destructions irréparables.

Toutes ces constatations, qui démontrent si clairement l'*unité anatomique et fonctionnelle du neurone spinopériphérique,* dans sa conduction motrice et sensitive (Raymond), ont un intérêt capital dans l'appréciation et la discussion des rapports qui unissent, dans le syndrome psychopolynévritiqne, les lésions et les manifestations périphériques aux altérations centrales et aux troubles de l'intelligence (Ballet).

Lorsque j'emploie ici, conformément à la nomenclature classique depuis les travaux de Ramon y Cajal et Waldeyer, le terme de *neurone*, je ne prétends ni donner à ce vocable une signification histologique particulière, ni fonder l'explication pathogénique de la psychopolynévrite sur une théorie, que les travaux modernes les plus autorisés comme ceux de Nissl[2] tendent à infirmer. Le terme de neurone a seulement l'avantage de désigner le système solidaire représenté par le corps cellulaire et son prolongement.

[1] Nissl. *Die Neuronenlehre und ihre Anhänger*, Leipzig 1903.

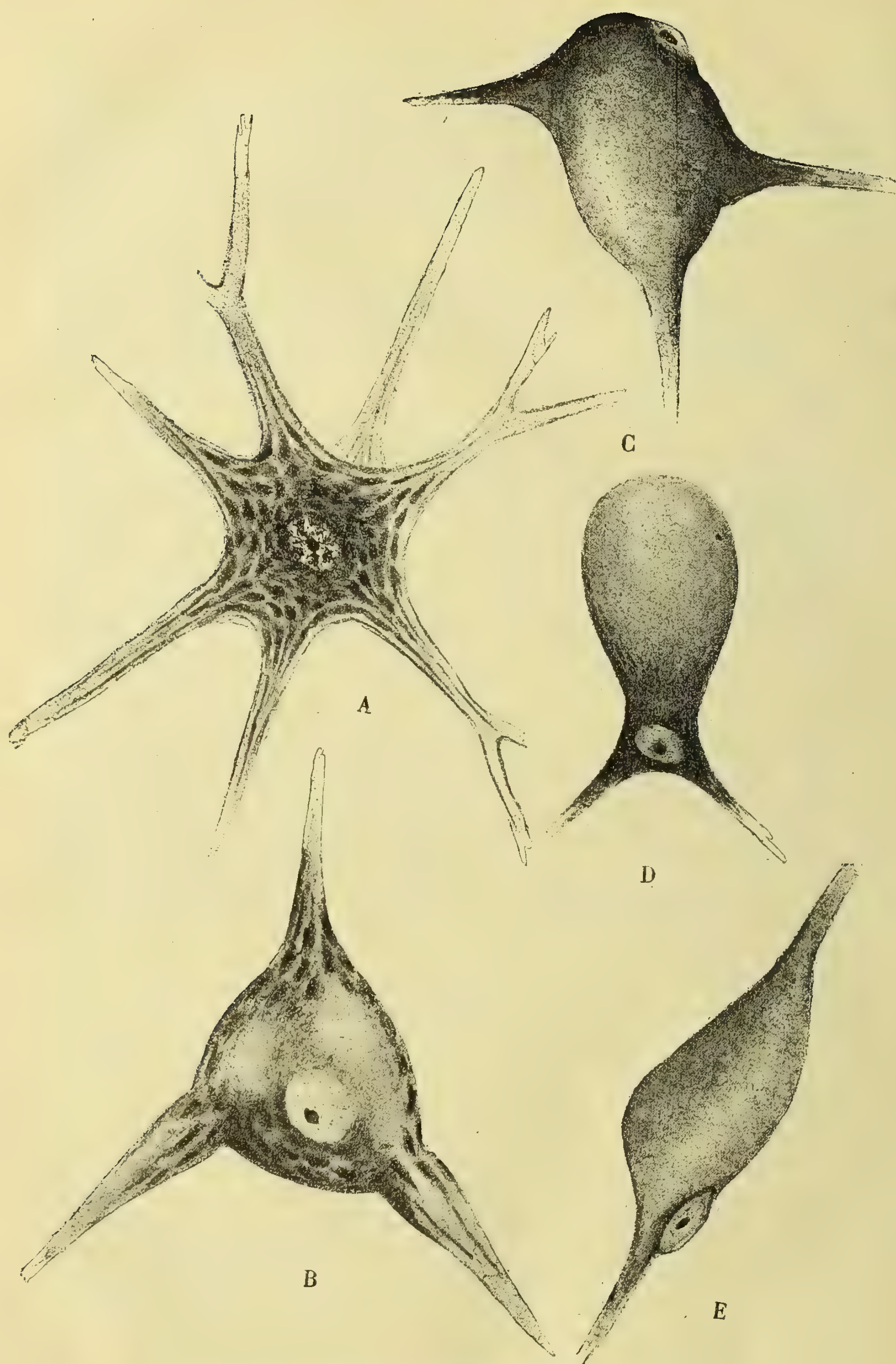


Fig. 157. — (Collection G. Ballet.) Cellules de la moelle, dans le même cas que figures 158 et 159.

A. Cellule normale. — B. C. D. E. Cellules malades.

L'étude histopathologique de l'écorce cérébrale, dans la psychose polynévritique, inaugurée et poursuivie avec bonheur par G. Ballet et ses élèves, a

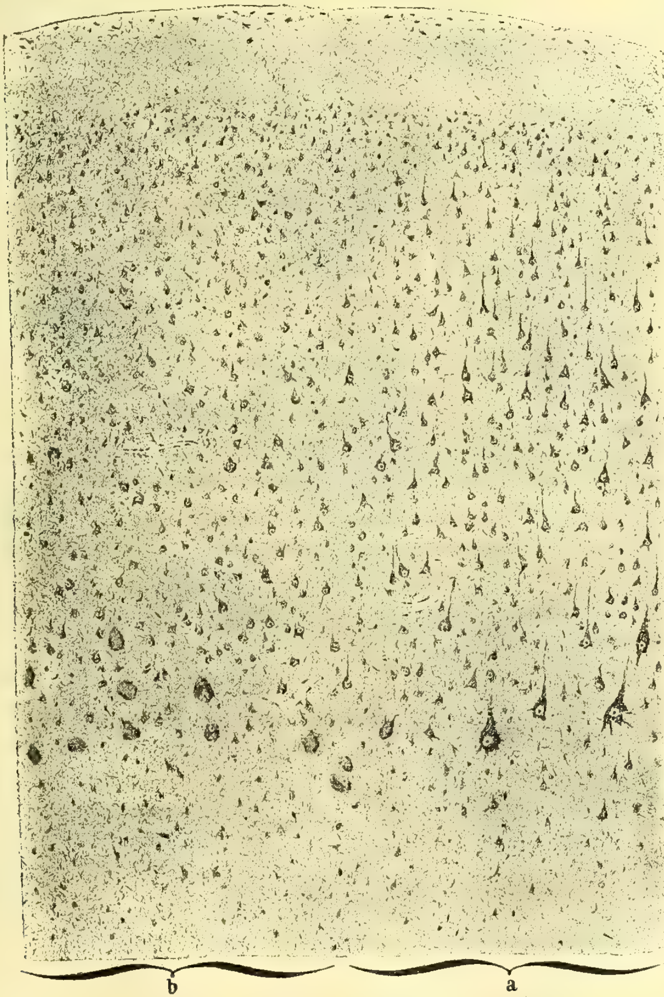


Fig. 158. — (Collection G. Ballet.) Coupe de l'écorce (lobule paracentral) dans un cas de psychose polynévritique, à forme de confusion mentale. *a*, groupes de cellules normales. — *b*, groupe de cellules malades.

donné à ces auteurs de précieux résultats, confirmés par d'autres observateurs, et dont le rapprochement avec les troubles psychiques présente le plus haut intérêt.

Ces recherches, pratiquées avec la méthode de Nissl sur des coupes de lobule paracentral, ont révélé l'existence d'altérations cellulaires, visibles seulement à un assez fort grossissement (Leitz, Oc. I, Obj. 7). Les altérations, manifestes surtout au niveau de la troisième couche, celle des *grandes cel-*

lules pyramidales, intéressent à la fois les éléments fondamentaux de cette couche et les cellules géantes de Betz, dans la proportion approximative de trois ou quatre éléments malades sur cinq (fig. 158). Les altérations, qui offrent d'ailleurs tous les degrés suivant les cellules examinées, s'accusent successivement, selon leur intensité par la *tuméfaction globuleuse du corps cellulaire, le gonflement et le déplacement excentrique du noyau, le chromatolyse périnucléaire ;* ensuite par le rapetissement du noyau, qui s'accole

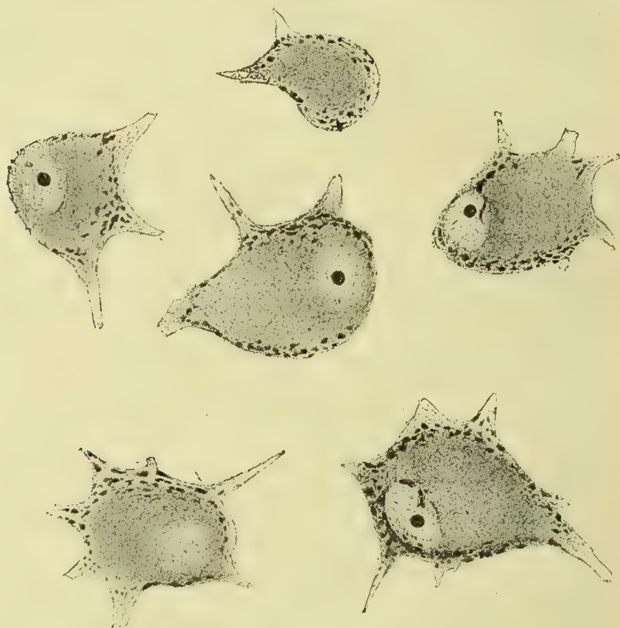


Fig. 159. — (Collection G. Ballet.) Types des cellules malades du cerveau de la figure 158. Tuméfaction du corps cellulaire, arrondissement des contours, excentricité du noyau, chromatolyse centrale, puis totale ; perte des prolongements, dissolution du noyau, décoloration de la cellule.

à la paroi cellulaire, la *disparition du nucléole,* la *décoloration de la cellule* (fig. 159 et 160).

Ces mêmes altérations cellulaires se retrouvent, mais généralement moins accentuées, dans les cornes antérieures de la moelle. On ne constate, le plus souvent, aucune lésion pariétale inflammatoire ni diapédétique des vaisseaux ou des espaces périvasculaires : les artérioles et veinules sont dilatées et gorgées d'hématies.

La méthode de Weigert-Pal ne décèle pas toujours d'altération très marquée des *fibres tangentielles ;* celles-ci sont cependant parfois le siège de lésions évidentes. Les diverses colorations électives (thionine phéniquée, etc.) ne mettent *aucun microbe* en évidence dans les vaisseaux, les méninges ou le parenchyme cérébral (M. Faure et Laignel-Lavastine). En regard de ces constatations histo-pathologiques positives, il faut citer les cas

de psychose polynévritique où l'examen n'a révélé *aucune lésion cellulaire*. Ces *cas négatifs* concernant les formes délirantes, ont, eux aussi, leur intérêt; car les faits de cet ordre démontrent que la cellule peut être troublée dans sa

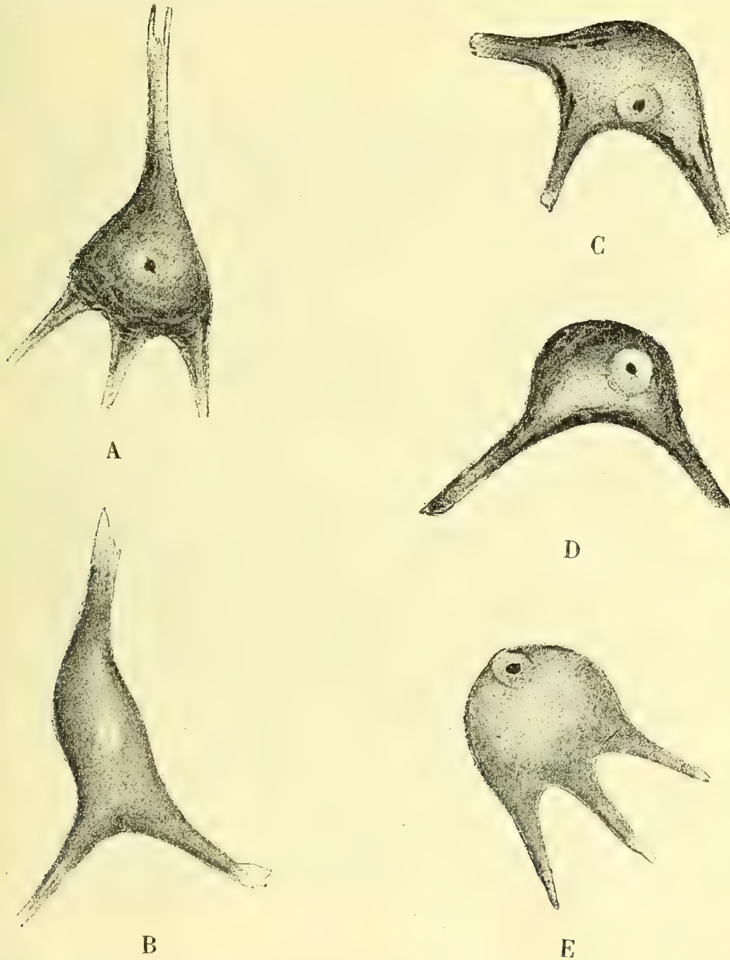


Fig. 160. — (Collection G. Ballet.) Lobule paracentral, dans un cas de psychose polynévritique (d'après un dessin de Gilbert Ballet).

A. Cellule normale. — B. C. D. E. cellules malades.

nutrition, et par suite dans sa fonction, avant de l'être dans sa morphologie et sa structure (G. Ballet).

Au niveau du bulbe et de la moelle, en dehors des altérations cellulaires déjà décrites, la méthode de Marchi révèle des lésions dégénératives, centripètes ou centrifuges, des fibres (Campbell, Souckanoff); ces lésions ont été constatées aussi sur les fibres du réseau d'Exner, dans le cortex. La question de l'existence de lésions des fibres centrovalaires reste encore douteuse; G. Bal-

let incline à admettre, au moins comme possibles, ces altérations; il rappelle à ce propos les recherches qu'il a entreprises avec M. Faure, ainsi que les constatations analogues de Marinesco, sur les lésions atrophiques des cellules de l'écorce paracentrale, secondaires à la section expérimentale, chez le chien, des fibres de projection correspondantes.

Ces altérations cellulaires sont si analogues, dans leur aspect, à celles qui

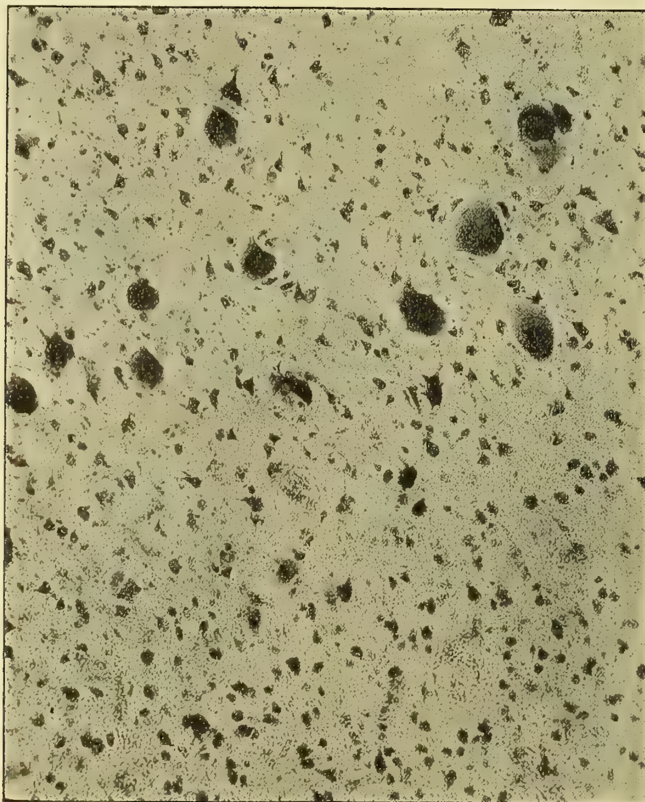


Fig. 161. — (Collection G. Ballet.) Figure représentant la microphotographie d'une coupe de l'écorce (lobule paracentral) dans la psychose polynévritique.

surviennent, dans les cornes antérieures de la moelle, secondairement à la lésion éloignée des nerfs, qu'on peut se demander si elles ne sont pas secondaires à l'atteinte des conducteurs nerveux périphériques ; c'est-à-dire, en l'espèce, à la lésion des fibres à myéline de projection ou d'association du cortex.

Ce problème, dont Gilbert Ballet a nettement posé les termes et montré l'intérêt doctrinal, ne me semble pas comporter de solution univoque. Il est extrêmement probable que les lésions de la cellule et de ses prolongements sont sinon contemporaines, au moins soumises toutes deux aux mêmes

conditions pathogéniques générales ; que, s'il existe entre les deux des relations d'interdépendance et de causalité seconde, la *notion supérieure de l'unité anatomique du neurone cortical* domine toute la question, et que l'intérêt principal se concentre dans la constatation des lésions du corps cellulaire (fig. 161 à 165).

Ces *lésions cellulaires du cortex* sont presque toujours associées aux

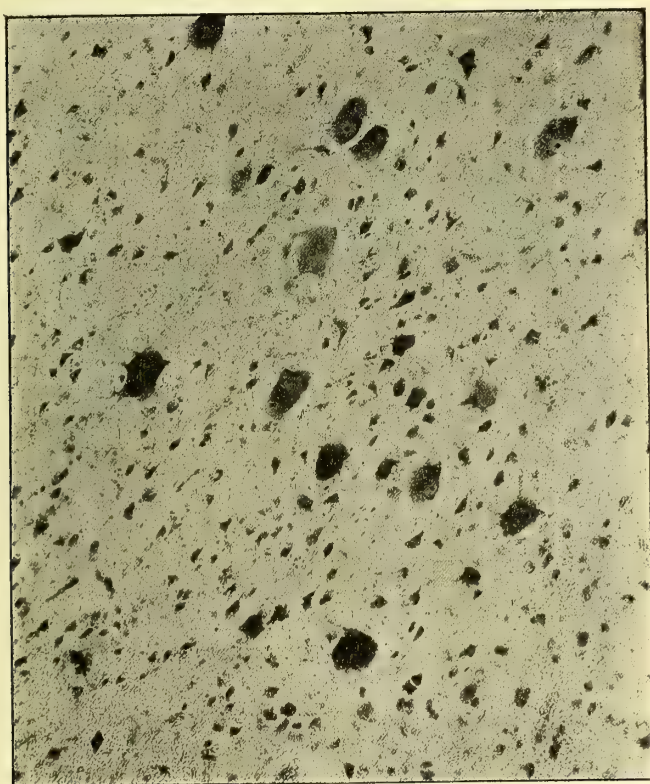


Fig. 162. — (Collection G. Ballet.) Figure représentant la microphotographie d'une coupe de l'écorce (lobule paracentral) dans la psychose polynévritique.

lésions parenchymateuses de la polynévrite. Le neurone cortical et le neurone périphérique sont tous deux intéressés dans un *complexus anatomo-clinique bipolaire,* qui caractérise précisément le syndrome de la psychopolynévrite. Tantôt les lésions prédominent dans l'écorce cérébrale, et sont à peine accusées dans les nerfs, tantôt la névrite périphérique est très accusée et les altérations corticales très légères. Il n'existe d'ailleurs pas de rapport proportionnel fixe entre l'intensité des lésions, centrales ou périphériques, et l'éclat ou la gravité des troubles psychiques ou sensitivo-moteurs. De nombreuses observations, notamment celles de Pitres et Vaillard, nous ont appris la fréquence, chez les *typhiques*, les *tuberculeux*, etc., des *névrites latentes*. Il en

est de même pour les *lésions cellulaires corticales*, qui ont été *fréquemment constatées* à l'autopsie de sujets, morts de *toxi-infections, sans avoir présenté de troubles psychiques* manifestes, ou au moins analogues à ceux de la psychose polynévritique. A l'opposé de ces cas, figurent ceux où des symp-

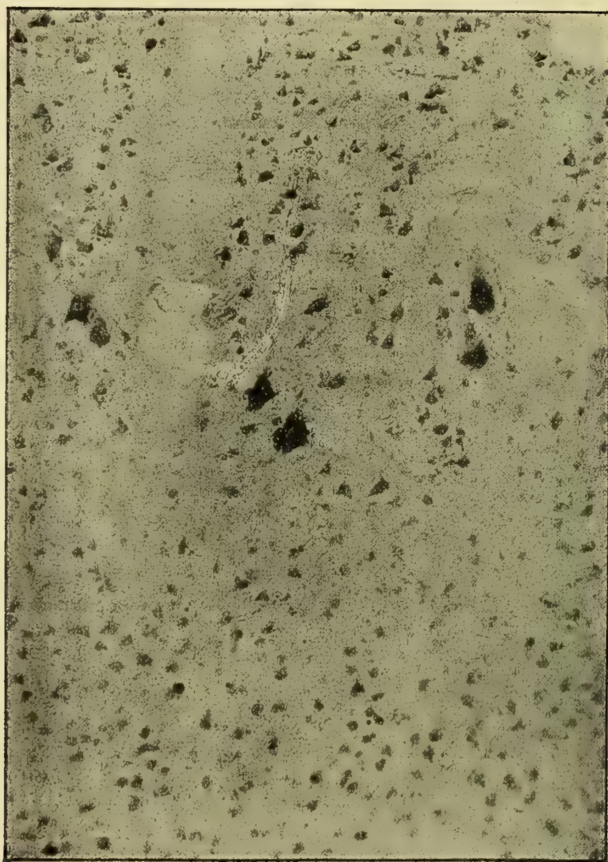


Fig. 163. — (Collection G. Ballet.) Figure représentant la microphotographie d'une coupe de l'écorce (lobule paracentral) dans la psychose polynévritique.

tômes manifestes, soit d'ordre psychopathique soit d'ordre névritique, ne s'expliquent à l'autopsie que par de très légères lésions. On conçoit, dans ces conditions, que les observations cliniques et les constatations nécroptiques ne soient point toujours superposables. D'ailleurs, l'examen histologique des organes, presque toujours incomplet, reste le plus souvent restreint à l'étude des parties dont l'observation clinique a démontré la souffrance. C'est ainsi qu'on a presque toujours négligé d'examiner, même depuis l'emploi des nouvelles techniques, l'écorce cérébrale des sujets morts avec des signes de polynévrite sans syndrome cérébral, et souvent on a négligé l'étude des nerfs chez

ceux qui succombent, sans signes évidents de névrite, avec des symptômes cérébraux aigus ou subaigus d'amnésie, de confusion, de délire ou de stupeur.

En réalité, l'*atteinte morbide d'une cellule* se traduit de diverses façons : tantôt par le *trouble fonctionnel*, tantôt par l'*altération matérielle;* et, le

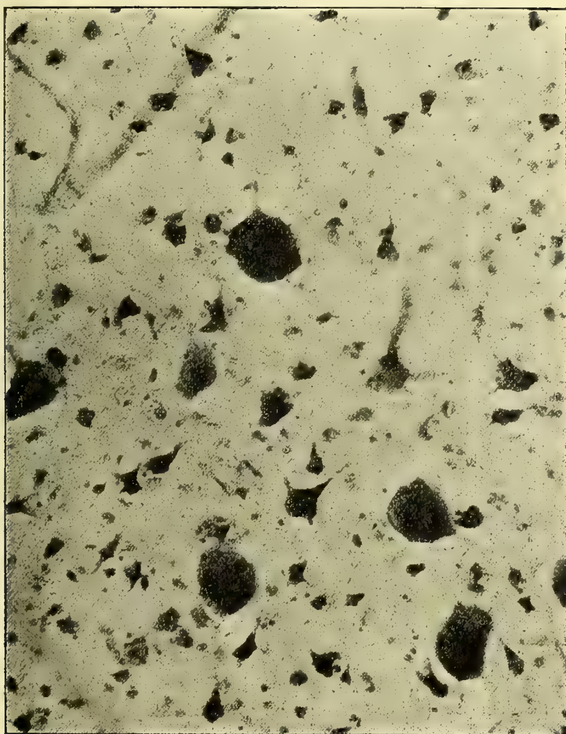


Fig. 164. — (Collection G. Ballet). Figure représentant la microphotographie d'une coupe de l'écorce (lobule paracentral) dans la psychose polynévritique.

plus souvent, par *les deux ordres clinique et anatomique de réactions.* De plus, ce qui mesure l'intensité et la précocité des symptômes, ce n'est pas tant la gravité des lésions, que la prédisposition, héréditaire ou acquise, de la cellule à réagir, suivant tel ou tel mode, à l'incitation morbide. En matière de psychose polynévritique, je crois qu'on peut affirmer, d'après les constatations histologiques et pour autant qu'on puisse établir de commune mesure entre deux termes aussi peu comparables qu'une lésion et un symptôme, que les lésions des nerfs sont, par leur début, leur profondeur et leur diffusion, antérieures et supérieures aux symptômes névritiques, tandis que au niveau du cerveau, les symptômes psychiques précèdent en date et dépassent en intensité, les lésions cellulaires de l'écorce. Au delà d'un certain degré de durée ou de profondeur, le syndrome, névritique ou psychopathique, cor-

respond toujours à un substratum anatomique dont la nature, la diffusion et le degré de réparabilité rendent compte de la persistance de l'étendue et du degré de curabilité des phénomènes de déficit périphérique ou central.



Fig. 165. — (Collection G. Ballet). Figure représentant la microphotographie d'une coupe de l'écorce (lobule paracentral) dans la psychose polynévritique.

Pathogénie. — L'étude étiologique, clinique et anatomique de la psychose polynévritique impose la conclusion pathogénique de la *nature toxémique* de l'affection. Toujours secondaire à une toxémie, l'*affection psychopolynévritique apparaît comme consécutive à l'imprégnation de l'ensemble du système nerveux par les poisons en circulation dans l'organisme malade.*

Ces poisons, d'origine exogène ou endogène, agissent en partie directement, en partie indirectement, par les adultérations des humeurs, secondaires aux lésions organiques qu'ils provoquent. Les dégénérescences gastro-intestinale, hépatique, rénale, d'origine toxique, aboutissent à des *insuffisances viscérales* qui sont autant de causes et de sources d'intoxications. La *fatigue*, le *surmenage*, physique et moral, les *traumatismes*, représentent autant de *facteurs étiologiques occasionnels*, qui s'ajoutent aux intoxications antérieures, font fléchir la résistance de l'organisme et précipitent l'éclosion des accidents, depuis longtemps préparés.

La *prédisposition psychonévropathique*, héréditaire ou acquise, semble

être une des conditions les plus importantes du développement de l'affection. C'est elle qui explique, non pas les lésions, qui sont d'ordre toxique, mais les réactions cliniques des neurones, troublés dans leur fonctionnement et leur nutrition par l'empoisonnement des humeurs. Chez tous les malades profondément intoxiqués au cours d'affections aiguës et chroniques, *le système nerveux baigne dans les milieux très altérés* dans leur composition et chargés de principes nuisibles; aussi constate-t-on souvent, à l'autopsie, des lésions dégénératives de polynévrite parenchymateuse, dont cependant aucun symptôme n'a révélé l'existence pendant la vie. Ces *névrites latentes*, de même que les *cellulites latentes des éléments ganglionnaires de l'écorce* au cours des toxi-infections graves, *prouvent la nécessité d'une aptitude particulière* aux *réactions morbides* dans les neurones en souffrance, chez les sujets atteints de psychopolynévrite.

Parmi ces *sujets prédisposés*, les uns offrent des *neurones périphériques* moins résistants ; les autres, des *neurones corticaux* plus vulnérables. D'autres présentent d'égales susceptibilités morbides dans les centres et à la périphérie du système nerveux : les premiers, sous l'influence des intoxications graves, seront atteints de *polynévrites;* les seconds seront frappés de *confusion mentale*, de délire, d'amnésie ; les troisièmes offriront, dans le tableau clinique de la psychopolynévrite, *le mélange, à parties inégales, de ces syndromes associés.*

Au fond, tous ces cas de *polynévrite simple*, de *confusion mentale isolée*, et de *psychose polynévritique*, qui peuvent compliquer le cours des infections aiguës, représentent les *variétés de la localisation d'un même processus anatomoclinique :* l'*atteinte toxi-infectieuse du neurone périphérique et central.* Dans certains cas, la *localisation* est *surtout périphérique* et se traduit cliniquement par la *polynévrite;* dans d'autres cas, elle est *surtout centrale*, et se traduit cliniquement par le syndrome de la *confusion mentale;* dans des cas plus rares, lorsqu'elle porte à la fois sur les neurones corticaux et les neurones spinopériphériques, la *lésion est bipolaire*, et s'exprime cliniquement par le *syndrome de la psychose polynévritique*. L'analyse symptomatique des troubles intellectuels montre la complète similitude des accidents de la confusion mentale aiguë d'origine infectieuse ou toxique, avec ceux du syndrome mental de la psychose polynévritique (Séglas) et, d'un autre côté, l'histopathologie des lésions fines de l'écorce révèle l'identité des altérations cellulaires dans les deux cas.

La pathologie générale commande donc le *rapprochement de ces deux syndromes*, étudiés jusqu'ici séparément dans des chapitres distincts de neurologie et de psychiatrie, et de les réunir dans la même conception doctrinale. Une *même étiologie*, une *même pathogénie*, une *même anatomie pathologique*, une *même évolution clinique*, une *même thérapeutique*, président à ce *processus, cortical ou périphérique, de la polynévrite*. Seuls varient, suivant la prédominance des localisations, les symptômes, dont la commune origine se reconnaît cependant, non seulement à leur association sur les mêmes terrains, mais encore à l'étroite analogie des lois qui gouvernent leur évolu-

tion, soit vers la *guérison,* lente ou rapide, soit vers l'*incurabilité* plus ou moins définitive.

Lorsque la *polynévrite périphérique guérit,* la réparation des lésions se marque par le retour progressif dans les membres de la sensibilité, de la motilité, de la nutrition, des sécrétions, de la circulation, etc. ; de même, lorsque la *polynévrite corticale se répare,* le retour à l'état normal se marque par la réviviscence des souvenirs, le rétablissement de l'association des images et des idées, la réapparition des faits de jugement, de volonté, etc. Inversement, l'*aggravation et l'incurabilité des lésions polynévritiques*, aux *membres,* comme au *cerveau,* s'annoncent non seulement par la persistance des désordres, mais par l'annihilation fonctionnelle et trophique, des territoires intéressés ; cet anéantissement se marque, d'une façon générale : aux *membres,* par les atrophies musculaires, les rétractions fibro-tendineuses, les ankyloses, les dystrophies variées qu'entraînent les névrites chroniques permanentes ; au *cerveau,* par les symptômes de déficit mnésique, intellectuel, affectif et volontaire, par les signes de démence incurable qu'entraînent les altérations dégénératives profondes des neurones corticaux.

Une *frappante analogie* rapproche encore, dans l'*ordre étiologique*, la *polynévrite aiguë* et la *confusion mentale :* ces deux syndromes, étroitement subordonnés, dans leur éclosion, à des influences toxiques habituellement prochaines et faciles à retrouver, apparaissent parfois en dehors de toute étiologie saisissable. On assiste alors au développement, soit de la polynévrite primitive, soit de la confusion mentale idiopathique. L'observation des faits suggère une autre remarque intéressante, et propre à mettre encore en lumière l'*étroite parenté des deux syndromes.* On sait qu'au dossier étiologique de la confusion mentale, primitive ou idiopathique, figurent certaines influences morales, d'ordre dépressif (chagrins, déceptions, etc.) : tandis que, au dossier étiologique de la polynévrite aiguë primitive, figurent plutôt d'autres influences, d'ordre physique, telles que le refroidissement, le surmenage, le traumatisme. Or, non seulement ces influences physiques peuvent également provoquer la confusion mentale, mais *des influences d'ordre uniquement moral peuvent provoquer le développement de la polynévrite aiguë*, avec un minimum de troubles psychiques. J'ai observé, à la Salpêtrière, dans le service du Pr Déjerine, un curieux exemple de cette *étiologie morale de la polynévrite.* Il s'agissait d'une jeune femme, sobre, jusque-là très bien portante, indemne de tout antécédent infectieux ou toxique, qui fut prise, à la suite d'une violente émotion due à la révélation de l'infidélité de son mari, cinq à six jours après le choc moral, de phénomènes de psychose polynévritique : après quelques jours de confusion, d'amnésie et de délire diffus, les symptômes psychopathiques disparurent pour ne plus revenir ; mais les symptômes polynévritiques s'aggravèrent, et, un mois après leur début, la malade, d'ailleurs absolument intacte dans sa mentalité, présentait au niveau des quatre membres de la paralysie flaccide complète, des douleurs vives, des troubles circulatoires et trophiques très marqués. L'apparition d'une eschare sacrée médiane, et de troubles des réservoirs, phénomènes passagers qui

guérirent par la suite, témoigne de la participation transitoire de la moelle (poliomyélite antérieure subaiguë) au processus morbide en évolution. Cinq mois après le début des accidents, une légère tendance à l'amélioration s'annonçait dans le syndrome polynévritique, par le lent retour de la motilité aux membres supérieurs et l'atténuation des douleurs : la sphère psychique demeurait remarquablement intacte et la nutrition, l'état général étaient très satisfaisants. A ce moment, nous perdîmes de vue la malade, qui, désireuse de retourner chez elle, quitta l'hôpital.

Une *autre analogie*, *d'ordre évolutif,* rapproche encore les syndromes de la confusion mentale et de la psychose polynévritique : c'est la possibilité pour les deux affections, d'un *début presque soudain, apoplectiforme.* Dubois (de Berne) a introduit ce terme dans la nosographie des névrites, pour exprimer le caractère subit et massif du début des symptômes, dans certains cas. Le *début apoplectiforme* de la confusion mentale n'est pas rare : et l'apparition très rapide du syndrome mental au cours des polynévrites, ou au contraire de symptômes de névrite au cours de la confusion mentale est loin d'être exceptionnelle.

Enfin de *nombreuses analogies de tout ordre,* rapprochent encore ces syndromes de la *psychose polynévritique* et de la *confusion mentale* d'un autre syndrome, celui du *délire aigu.* Dans l'ordre de l'acuité d'évolution, de l'intensité des symptômes et de la gravité du pronostic, le syndrome aigu décrit par Calmeil et Brierre de Boismont représente le dernier terme de toute cette *série d'états psychopathiques,* de nature *accidentelle* et d'origine *toxique,* qui s'échelonne depuis les plus *légers degrés de confusion mentale* et d'onirisme en passant par toutes les variétés des *délires d'infection et d'intoxication,* jusqu'à *cette crise de révolte violente et d'ultime collapsus des énergies cérébrales*, qui caractérise le *délire aigu.*

A ces différentes affections, confusion mentale (Delasiauve, Séglas, Chaslin, Régis); psychose polynévritique (Korsakoff, Ballet); délire aigu (Calmeil, Brierre de Boismont, Briand), s'associent parfois d'autres syndromes, tels que la catalepsie[1], le méningisme[2], qui traduisent également l'atteinte toxique du cortex et spécifient, par leur adjonction aux affections précédentes, la nature toxémique des accidents.

Au début du processus et dans les *cas bénins*, les *neurones,* simplement *troublés dans leur nutrition*, réagissent sous l'injure toxique, par des *troubles fonctionnels,* dont le siège et la nature sont déterminés par les *prédispositions* du sujet. A un *degré de plus,* l'intoxication des éléments nerveux se traduit par des *symptômes plus accusés,* et des *lésions* : mais celles-ci sont encore *réparables.* Dans les *cas graves,* les altérations cellulaires compromettent la vitalité du neurone et se traduisent par des *déficits fonctionnels incurables,* Dans les *toxi-infections suraiguës,* l'atteinte de la cellule est d'emblée *mortelle,* et l'issue *fatale.*

[1] Dupré et Rabé. Méningisme et catalepsie. *Presse médicale*. 1898. Latron. *Thèse Paris,* 1901.
[2] Séglas et Dupré. Méningisme et confusion mentale. Congrès de Nancy, 1896.

Traitement. — La thérapeutique de la psychopolynévrite comprend plusieurs *indications capitales*, et quelques *pratiques utiles*. Il faut d'abord assurer au malade, le *repos physique et moral* le plus complet. L'*alitement continu*, si précieux dans le traitement des états psychopathiques aigus, et l'*isolement dans un milieu calme*, mais, autant que possible, familier au malade, rempliront cette première indication. Il faut ensuite viser à la *désintoxication de l'organisme*, en mettant en œuvre le régime lacté, les diurétiques, les injections de sérum, les petites saignées (ventouses scarifiées). Il faut enfin calmer l'agitation, favoriser le sommeil, abaisser la température si celle-ci est trop élevée, stimuler les fonctions de la peau et activer la diurèse par les *pratiques hydrothérapiques*, tièdes, fraîches ou froides, suivant les indications du moment. Le drap mouillé, les bains tièdes ou froids, suivis ou non de frictions stimulantes, seront souvent indiqués.

On pourra également favoriser le sommeil et calmer l'anxiété par l'administration bien surveillée de l'opium, et particulièrement de la codéïne. Je n'insiste pas sur les indications thérapeutiques de chaque cas, suivant l'étiologie et la forme spéciale des accidents.

L'internement est rarement nécessaire, et on se trouvera mieux, chaque fois que le traitement et la surveillance seront possibles à domicile, de ne pas changer le malade de milieu. Si l'on y est contraint par l'acuité ou la nature des accidents, il est bon de faire cesser l'internement aussitôt que possible, et de ramener le sujet dans son milieu ; on fera servir ainsi à la rééducation de la mémoire, de l'intelligence et de l'activité générale du malade, les éléments familiers de son milieu habituel, et on abrégera la période parfois très longue des troubles de la convalescence.

B. ENCÉPHALOPATHIES DIFFUSES CHRONIQUES

Les troubles psychiques qui peuvent apparaître au cours de ces affections seront successivement étudiés dans les *méningites chroniques*, alcoolique et syphilitique : dans les *tumeurs cérébrales ;* dans les *encéphalopathies chroniques de l'adulte*, (tabes, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, syringomyélie, artério sclérose cérébrale, etc.) ; et de l'*enfant* (diplégies, hémiplégies, etc., maladie de Friedreich, etc.).

Cette étude, complétée par une courte revue des *psychopathies syphilitiques* et des *psychopathies tuberculeuses*, se terminera par quelques pages sur les *démences organiques*.

I. — MÉNINGITES CÉRÉBRALES CHRONIQUES

Ainsi que peut le faire prévoir la variété d'aspect, de siège et d'évolution des lésions, la symptomatologie des *méningites cérébrales chroniques* est vague, obscure et complexe. Elle est faite d'une série de symptômes diffus,

mal caractérisés, qui intéressent à la fois la sensibilité, la motilité et l'intelligence ; qui se développent lentement, irrégulièrement, dans une *évolution progressive,* souvent accidentée d'*épisodes aigus transitoires* : ceux-ci, d'ordre *inflammatoire* ou *hémorrhagique,* constituent les étapes de la maladie, jusqu'au jour où l'un d'eux, généralement une hémorragie plus abondante que les autres, vient clore la série des accidents et emporter le malade dans le *coma.*

Au point de vue spécial de la psycho-séméiologie, on doit distinguer dans les méningites chroniques celles de la *base* et celles de la *convexité.* Les méningites basilaires sont relativement pauvres en symptômes psychiques ; les méningites de la convexité provoquent, au contraire, dans la sphère de l'intelligence, des troubles précoces, diffus et graves.

Avant d'essayer de serrer de plus près le problème des rapports qui, dans les méningites, relient les symptômes aux lésions, il convient de remarquer que les agents pathogènes des méningites chroniques, exerçant leur action nocive, depuis longtemps, non seulement sur les séreuses et l'appareil vasculaire du cerveau, mais sur les éléments ganglionnaires et névrogliques de l'écorce, déterminent un *ensemble diffus de lésions méningo-encéphaliques* très complexes, dont les altérations méningées ne représentent qu'une des conséquences, un des effets secondaires. Dans le complexus de ces méningo-encéphalopathies chroniques, il ne faut pas subordonner aux lésions méningées tous les phénomènes cliniques constatés, et rapporter tous les symptômes aux altérations de l'appareil conjonctivo-vasculaire de soutènement et de nutrition de l'écorce. On doit invoquer, pour expliquer les symptômes psychiques, non seulement les *troubles circulatoires,* dus aux artérites corticales, non seulement les *accidents mécaniques,* dus aux compressions d'origine méningo-scléreuse, méningorragique, ou hydrocéphalique ; mais encore les *troubles nutritifs* du neurone cortical, dus à l'intoxication directe des divers éléments de l'écorce, par les agents étiologiques pathogènes de la méningite. Ces agents déterminent ainsi tout un ensemble de troubles fonctionnels et de lésions anatomiques, entre lesquels n'existent pas toujours les rapports de causalité, qu'on suppose en subordonnant les symptômes aux altérations organiques constatées sur le cadavre.

Quelle que soit l'*origine étiologique de la méningite chronique ;* qu'elle relève de la *syphilis* (méningite diffuse, exsudative, scléreuse, ou gommeuse) ; de l'*alcoolisme* (pachyméningite hypertrophique, plastique, hémorragique, etc.) ; de la *dyscrasie brightique* et *artério-scléreuse* (méningite chronique plastique, diffuse ; méningite œdémateuse) ; du *rhumatisme* (G. Sée, Mesnet), de la *tuberculose,* de la *pellagre,* des suites d'*infections aiguës* (variole, etc.), du *traumatisme cranien,* ou de l'association de ces diverses causes : le processus anatomo-pathologique peut intéresser uniquement ou au moins presque uniquement la dure-mère et l'arachnoïde pariétale (*pachyméningites*), ou au contraire la pie-mère et l'arachnoïde viscérale (*leptoméningites*). Dans ce dernier cas, la pie-mère interne participe, avec les plexus choroïdes et l'épendyme ventriculaire, au processus morbide. Au nom de la pathologie

générale, on doit, en comparant le processus des méningites à celui des pleurésies, distinguer les *méningites pariétales, juxta-craniennes*, et les *méningites viscérales, juxtacérébrales*, comme on distingue les pleurésies pariétales, juxtacostales, et les pleurésies viscérales, juxtapulmonaires. Cette division anatomique, que j'ai indiquée [1] et que Klippel [2], dans son intéressant article, auquel je renvoie pour l'étude des lésions, développe en distinguant les *méningites pariétales* et les *méningites encéphaliques*, offre un grand intérêt au point de vue de l'étude pathogénique et clinique de l'affection, et particulièrement au point de vue de la symptomatologie mentale des lésions.

Dans les méningites pariétales, l'écorce cérébrale est en effet tardivement et indirectement intéressée dans le processus morbide : dans les méningites viscérales, la nutrition du cortex peut être immédiatement et rapidement compromise.

Dans les méningites viscérales, ou encéphaliques, les formes hypertrophique et plastique du processus morbide déterminent un épaississement plus ou moins considérable de la pie-mère et du feuillet adjacent de l'arachnoïde, sans envahir beaucoup l'écorce ; la convexité cérébrale se laisse décortiquer facilement : *il n'existe pas d'adhérences* (planche VI) et la substance des circonvolutions paraît macroscopiquement intacte. Au microscope, on constate des lésions diffuses et souvent légères d'atrophie dégénérative des cellules ganglionnaires. Dans les formes à caractère inflammatoire plus marqué, il existe *un processus mixte d'encéphaloméningite*, avec lésions vasculaires et péri-vasculaires, adhérences, qui déterminent, du côté du cortex, des altérations graves et diffuses : ce sont ces formes qui se traduisent par des réactions psychiques précoces et prédominantes.

Les modifications de l'état mental, au cours des *pachyméningites chroniques*, sont, comme le processus anatomique lui-même, insidieuses dans leur apparition, lentes dans leurs progrès, au moins au début de l'évolution morbide, et relativement effacées et discrètes dans leur expression clinique. Essentiellement diffuses, elles portent sur l'ensemble des facultés psychiques et se traduisent par trois séries distinctes, mais intimement combinées de symptômes : d'abord, une *diminution plus ou moins marquée de l'intelligence*, qui aboutit tardivement à un état démentiel manifeste ; ensuite un *engourdissement*, une *obnubilation psychique*, qui se traduit par l'immobilité relative, l'absence de réactions, le retard des réponses, l'indifférence morale et affective, l'isolement du malade. Ces deux syndromes se combinent dans un complexus clinique, qu'il est nécessaire d'analyser avec soin, si l'on veut bien évaluer, à sa véritable mesure, le degré de démence des malades, qui paraissent toujours plus affaiblis qu'ils ne le sont en réalité. L'intelligence chez eux est plus voilée que détruite, plus engourdie qu'absente.

La troisième série des troubles psychiques est représentée par un ensemble de symptômes irréguliers, variables et très différents les uns des autres, la

[1] E. Dupré. Les méningites. *Manuel de médecine Debove-Achard*, 1894, t. III.
[2] Klippel. Méningites chroniques. *Traité de Brouardel-Gilbert*, t. IX, 1902.

LÉGENDE EXPLICATIVE DE LA PLANCHE VI

I. — Épendymite granuleuse du IVe ventricule dans la paralysie générale

Le IVe ventricule, ouvert par la section verticale et médiane du cervelet, apparaît chagriné et tomenteux, en « langue de chat ». Granulations de Bayle et Joire, étudiées par Magnan et Mierjezewski, constituées par des accumulations localisées de la gliose sous-épendymaire (voir planche III, fig. I). Méningite cérébelleuse à la face inférieure de la pièce.

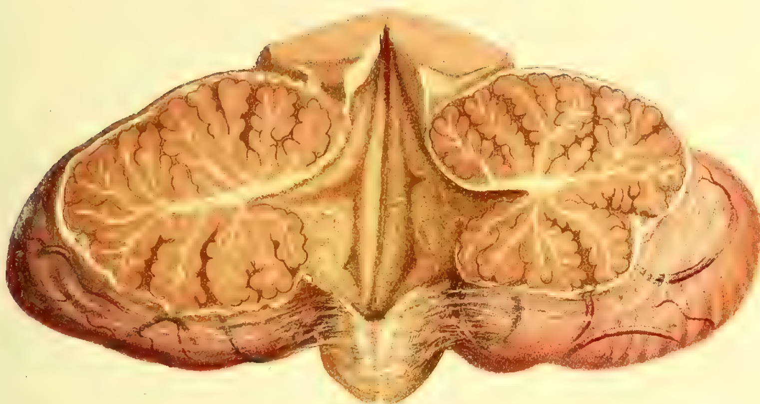
II. — Méningite et épendymite chroniques

Dilatation des ventricules, foyer hémorragique centrohémisphérique gauche, avec inondation ventriculaire.

La pièce provient d'un alcoolique chronique atteint d'affaiblissement démentiel peu prononcé, avec obtusion, inertie ; amblyopie légère, sans paralysie localisée. Mort rapide, dans l'ictus produit par l'hémorragie cérébrale.

La pie-mère, très épaissie, n'est pas adhérente : maximum de lésions méningitiques fibreuses, plastiques, avec minimum de lésions corticales sous-jacentes. Ependymite granuleuse, exactement pareille à celle de la paralysie générale (Fig. I).

I



II.



I. Épendymite granuleuse du IVe Ventricule dans la Paralysie générale.
II. Méningite et Épendymite chroniques.
Dilatation des Ventricules, Foyer hémorrhagique
centrohémisphérique gauche avec inondation ventriculaire
(Collection du Dr Dupré.)

somnolence diurne, l'*insomnie nocturne*, des *alternatives de dépression et d'excitation*, enfin d'autres signes, qui se combinent aux troubles psychiques proprement dits, tels que la céphalée, les étourdissements, les vertiges, l'altération ébrieuse et titubante de la marche, etc.

La caractéristique de ces troubles psychiques est de progresser très lentement, jusqu'au début des symptômes physiques (ictus, paralysies, etc.), qui traduisent la formation des foyers d'*hémorragies méningées*. A ce moment, ils augmentent rapidement, s'exagèrent par *brusques saccades* et contribuent, par la physionomie très particulière qu'ils donnent entre les ictus au malade, à faire soupçonner la nature des lésions méningées en cause.

Les *leptoméningites chroniques* se traduisent par un ensemble de symptômes psychiques analogues ; mais d'une part, ceux-ci sont beaucoup plus précoces et plus marqués ; d'autre part, ils affectent, dans leur évolution et leur nature même, une irrégularité et une diversité qui compliquent le tableau clinique et nécessitent quelques distinctions.

On retrouve ici, comme dans les pachyméningites, la diminution intellectuelle, l'obnubilation psychique et les autres symptômes accessoires : mais tantôt les malades sont très déprimés, *torpides*, presque en état de stupeur ; tantôt ils sont *excités*, plus ou moins agités ; tantôt enfin, ils *délirent*, au milieu d'alternatives variables de dépression et d'excitation.

Dans la *forme stupide*, que, sous le nom de forme torpide, a fort bien décrite Klippel, le malade est inerte, prostré, dans un état de *torpeur somnolente* plus ou moins prononcé : par de brusques secousses, d'impératifs appels, on peut tirer le malade de cet *assoupissement continuel* dans lequel, laissé à lui même, il retombe aussitôt. Les réponses aux questions sont lentes, incomplètes, tardives. Le malade réagit avec du *retard* aux excitations sensitives ; et, lorsqu'on le force à marcher, il s'avance en titubant comme un homme mal éveillé ou pris de boisson. Des *rêvasseries*, des cauchemars, troublent son sommeil, dont il est parfois difficile de tirer le malade. Des gémissements plaintifs, des grincements de dents, des contractures variables et passagères, des attitudes catatoniques, des mouvements automatiques, des gestes coordonnés, répétés, s'observent chez ces malades, qui demeurent le plus souvent couchés soit en chien de fusil, soit au contraire dans une *attitude rigide*, plus ou moins voisine de l'opisthotonos, avec de la raideur de la nuque.

Dans la *forme agitée*, le malade ne dort pas, se plaint de douleurs de tête atroces et continuelles, pousse des cris et des lamentations, va et vient dans la chambre, et présente, surtout le soir et la nuit, des hallucinations et de l'excitation délirante, à forme onirique : cette forme s'observe surtout chez les alcooliques.

Dans la forme *délirante*, le malade, plus ou moins déprimé ou excité, mais toujours très affaibli intellectuellement, présente des idées délirantes à caractère démentiel, analogues à celles de la paralysie générale. Ce sont ces formes de méningite chronique que, chez les athéromateux, les tuberculeux,

et surtout les alcooliques, Klippel a décrites sous le vocable de *paralysies générales arthritique* (Conso) *tuberculeuse, alcoolique,* etc.

La littérature médicale compte d'assez nombreux exemples de pachyméningites, avec hématome subdural, ou de leptoméningites chroniques, ayant déterminé un syndrome souvent difficile à distinguer de celui de la paralysie générale. Je rappelle ici les cas, que j'ai cités ailleurs (Voyez : Paralysie générale) de Boissier et de Bourdin. Macé[1] a publié, dans cet ordre de faits, un cas intéressant. Santangelo Spoto[2] a observé un cas de démence subaiguë, consécutive à un hématome pachyméningé de la région frontale. Il faut conclure de ces faits, avec Boissier[3], que les troubles circulatoires et nutritifs, produits dans l'écorce cérébrale par la compression bilatérale et symétrique des hématomes peuvent produire des symptômes analogues à ceux de la paralysie générale, et que tout syndrome paralytique à marche rapide, avec ictus multiples, doit faire penser à la possibilité d'un hématome subdural.

Dans d'autres cas, la pachyméningite hémorrhagique reconnaît une origine *traumatique*. Il faut savoir distinguer alors le syndrome organique secondaire à la lésion, du syndrome de la névrose traumatique. Kœhl[4] a cité un cas d'hématome subdural bilatéral traumatique, dont les signes diffus furent attribués à la névrose traumatique : il en conclut que de nombreux cas de soi-disant neurasthénie traumatique doivent relever de pachyméningites hémorrhagiques légères, spontanément curables.

Quelle que soit la variété clinique de la méningite chronique, celle-ci, au bout de quelques mois, de quelques années, emporte le malade dans un état graduellement et irrégulièrement croissant de *démence,* de *torpeur comateuse,* de *gâtisme*, et de *dénutrition* avec eschares ; des *ictus intercurrents*, révélateurs le plus souvent d'*hématomes pachyméningés,* aggravent par saccades et terminent brusquement l'évolution morbide.

A côté de ces cas, qui sont les plus fréquents, des méningites chroniques peuvent, chez *certains aliénés* d'ancienne date, évoluer sans ajouter de symptôme saisissable, en dehors d'une involution démentielle plus ou moins précoce, au syndrome vésanique : la lésion méningée, le plus souvent d'ailleurs partielle, constitue dans ces cas une trouvaille d'autopsie.

2. TUMEURS DE L'ENCÉPHALE

Bibliographie générale. — M. Bernhardt. *Beiträge zur Symptomatologie und Diagnostik der Hirngeschwülste* (Berlin, 1881). — Brissaud. Tumeurs cérébrales, *Traité de Charcot-Bouchard,* t. VI (Paris, 1895). — Bruns. *Die Geschwülste des Nervensystems.*

[1] Macé. Hémorrhagie sous-arachnoïdienne chez un sujet ayant présenté pendant la vie les troubles de la paralysie générale. *Societé anatomique.* Juin 1895.

[2] Santangelo Spoto. Altérations psychiques par hématome de la dure-mère. *Riforma medica,* 1893.

[3] Boissier. Note sur un cas de pachyméningite hémorrhagique pris pour une paralysie générale. *Archives de Neurologie*, 1896.

[4] Kœhl. Pachyméningite hémorrhagique interne traumatique. *Correspondenz Blatt für Schweizer Ærtze,* 1893.

(Berlin, 1897). — Raymond. Tumeurs cérébrales. *Leçons cliniques de la Salpêtrière*, t. III (Paris, 1898). — H. Oppenheim. *Die Geschwülste des Gehirns* (Wien, 1902). — Paul Schuster. *Psychische Störungen bei Hirntumoren* (Stuttgart, 1902). Je signale particulièrement ce dernier ouvrage, qui représente l'étude statistique et clinique du sujet, fondée sur la bibliographie complète et la critique éclairée de tous les documents publiés jusqu'à ce jour sur la question (volume de 360 pages).

Les troubles psychiques déterminés par les tumeurs cérébrales appartiennent à la classe des *symptômes diffus* de l'affection. Ces troubles sont presque constants, mais présentent dans leur intensité, leur forme et leur évolution de si grandes variétés, qu'il est fort difficile d'en tracer le tableau clinique : j'indiquerai seulement les plus fréquents de ces troubles, j'essaierai de dégager de ces constatations le caractère général de la séméiologie mentale des tumeurs encéphaliques; et, au chapitre de la pathogénie, je mettrai en lumière l'importance de l'intoxication cérébrale, dans la genèse de ces troubles psychiques.

Description générale. — Les troubles mentaux des tumeurs cérébrales sont caractérisés en général par la *diminution*, la *dépression* et l'*obnubilation* psychiques.

La *diminution psychique* se marque par un affaiblissement démentiel progressif, plus ou moins marqué, portant d'abord et principalement sur la mémoire, puis, et tardivement, sur l'intellectualité spontanée et l'activité volontaire. La *dépression*, dont l'intensité varie, est souvent légère : elle s'accentue parfois jusqu'à l'état de stupeur mélancolique.

Mais la caractéristique la plus fréquente de l'atteinte des fonctions psychiques, dans les tumeurs cérébrales, est l'*obnubilation intellectuelle*. C'est un état qui, associé à un degré plus ou moins prononcé de dépression et de diminution intellectuelles, n'est cependant ni l'une ni l'autre de ces altérations, peut s'exprimer par les termes de *torpeur*, d'*engourdissement psychique*, d'*obnubilation intellectuelle*, et se traduit objectivement par : l'immobilité relative du sujet avec persistance des mouvements d'habitude : l'inertie du masque facial : une attitude et une expression mimique d'absolue indifférence ou de concentration méditative prolongée, sans processus actifs d'idéation correspondante. Le malade paraît chercher la solution de quelque grave problème (Patel et Mayet[1]). On tire aisément le malade de cet état d'engourdissement psychique, mais pour un temps seulement : abandonné à lui-même, il y retombe aussitôt ; et il semble bien que le mécanisme psychologique de cet état, soit l'*inhibition des centres supérieurs* de la conscience intellectuelle et de l'activité volontaire, et la seule persistance de l'activité automatique, réglée surtout par les besoins intérieurs, d'ordre végétatif.

L'activité psychique spontanée semble presque nulle : cependant, l'intelligence obnubilée n'est pas détruite ; elle répond aux incitations vives, aux

[1] M. Patel et L. Mayet. Observation clinique d'un cas de tumeur cérébrale. *Archives générales de médecine*. Août, 1900.

injonctions impérieuses ; elle est *voilée*, mais *encore présente*, et ce n'est qu'aux phases dernières de l'évolution morbide qu'elle décline et disparaît.

Cet état d'obtusion intellectuelle, de torpeur affective et d'inertie volontaire s'associe, ainsi que je l'ai dit, à un degré plus ou moins accusé de diminution psychique ; mais il diffère foncièrement de cette diminution elle-même : ces malades sont des affaiblis, mais ils semblent, au premier abord, beaucoup plus déments qu'ils ne le sont en réalité.

On peut constater, contrastant avec cet état mental si profondément altéré, une remarquable intégrité de l'activité automatique, et une conservation parfaite du sens de l'orientation. J'en ai observé, avec Devaux [1], un cas bien remarquable, chez un malade porteur d'un énorme endothéliome de la région fronto-sphénoïdale, aveugle par atrophie papillaire, qui présentait, joint à de nombreux signes physiques, l'ensemble des troubles psychiques plus haut décrits et qui, malgré sa cécité et son obtusion mentale, exécutait facilement tous les actes de la vie ordinaire, les allées et les venues dans les salles, les promenades dans les couloirs et les jardins, l'ascension et la descente des escaliers. Il existait chez ce malade un état particulier, plus ou moins analogue à une *sorte de somnambulisme*, dans lequel le sujet, hanté par son rêve, évolue avec aisance dans un milieu qui paraît à la fois complètement étranger à son attention consciente et volontaire, et tout à fait familier à ses habitudes inconscientes et automatiques.

L'*automatisme ambulatoire*, survenant par *crises*, sous forme de *fugues*, a été observé chez les néoplasiques cérébraux par Devic et P. Courmont [2], Devic et Gauthier [3] et par M. Patel et L. Mayet [4]. Dans les deux premiers cas, l'automatisme ambulatoire affectait le *type comitial*, avec amnésie complète secondaire de la crise : dans le troisième cas, il affectait le *type impulsif dégénératif*, avec conscience des faits, obsession angoissante et détente consécutive. Ces crises, épileptiques ou dégénératives, d'automatisme ambulatoire sont évidemment des accidents pathologiques épisodiques, occasionnellement provoqués, sur des terrains prédisposés, par la néoplasie cérébrale. Le malade de Patel et Mayet, héréditaire et alcoolique, présenta ainsi d'autres syndromes épisodiques de la dégénérescence mentale, des *impulsions* suicides, homicides, du délire de jalousie, etc.

On peut observer également, chez les malades atteints de tumeur cérébrale, un état psychopathique, qui se rencontre d'ailleurs au cours des affections cérébrales les plus diverses (tumeurs, abcès ; alcoolisme, hystérie, états démentiels variés), que j'ai proposé de dénommer *puérilisme* [5], et qui ne doit

[1] Dupré et Devaux. Tumeur cérébrale. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1901.

[2] Devic et P. Courmont. Un cas de gliôme du cerveau. *Revue de médecine*, 1897.

[3] Devic et Gauthier. Sur un cas de tumeur cérébrale à forme psychoparalytique. *Archives générales de médecine*. Décembre 1900.

[4] M. Patel et Mayet. *Loc. cit. Archives générales de médecine*. Décembre 1900.

[5] Dupré et Garnier. Transformation de la personnalité. Puérilisme mental paroxystique. *Presse médicale*, 1902. — Dupré et Devaux. Abcès du cervelet. Puérilisme mental. *Soc. de Neurologie*, 1903.

pas être confondu avec le « retour à l'enfance » par lequel la langue populaire qualifie certains aspects et certaines conséquences de la régression démentielle des vieillards. Ce syndrome psychopathique, que Brissaud[1] semble bien avoir remarqué aussi, dans la symptomatologie des tumeurs cérébrales, lorsqu'il écrit : « c'est un simple retour à l'enfance, moins la vivacité des impressions et la curiosité de l'enfant », se manifeste par le *caractère enfantin des réactions psychiques*, marqué dans les réponses, dans l'intonation, dans la mimique, autant et peut être plus encore que dans l'objet des préoccupations et la nature des désirs exprimés par les malades. Cet état de puérilisme se manifeste, à propos des faits courants de la vie quotidienne, par des réactions d'impatience et d'entêtement, futiles dans leur motif, naïves dans leur expression, et disproportionnées dans leur intensité : par l'emploi de locutions et de formules enfantines, dans le langage ; par le genre simple, monotone, comme impersonnel et récitatif du débit ; par l'expression un peu niaise, d'une gaucherie qu'on dirait affectée, de la mimique et de l'attitude, par la suggestibilité extrême dans la conversation, la nature puérile des tendances, des goûts et des occupations, etc.

Ce trouble mental si particulier a déjà été signalé par d'assez nombreux auteurs, chez les malades porteurs de tumeurs cérébrales. Cestan et Lejonne[2] l'ont noté en insistant sur la *puérilité* de leur malade. Schuster[3] signale textuellement *ein gevisser unverkennbarer Kindlicher oder Kindischer Zug*. Gowers[4] désigne le même état sous le nom de *Childishness*. Les autres auteurs désignent ce tour si particulier de l'humeur et des tendances des malades sous les termes de *Kindisches Wesen*, de *Kindisches Betragen* (Immermann[5]), de *Kindisches, läppisches Wesen* (Mohr[6]), de *Geniertes, Kindisches Wesen* (Heyfelder[7]). Si j'insiste sur les termes par lesquels les différents auteurs cherchent à exprimer cette curieuse altération de la mentalité, c'est pour démontrer la concordance de leurs observations et l'identité des termes employés par eux pour décrire un état psychopathique si spécial.

Cet état peut exister seul ou combiné avec différents modes pathologiques du ton affectif (dépression, excitation) : ces combinaisons donnent alors lieu à des variétés, dépressives ou expansives, de l'humeur, dans lesquelles la note enfantine, toujours reconnaissable, confère au syndrome une expression très particulière. C'est ainsi que la *Moria* ou *Witzelsucht*, signalée par Bruns et Jastrowitz dans les tumeurs du lobe frontal, représente une altération morbide de l'humeur, caractérisée par le mélange de l'excitation euphorique du sentiment et du tour enfantin de l'esprit, qui se traduit par une jovialité frivole, une disposition à la farce, qui contraste étrangement avec la gravité

[1] E. Brissaud. Art. Tumeurs cérébrales. *Traité de médecine*, t. VI.
[2] Cestan et Lejonne. *Loc. cit. Soc. de Neurologie*, 1901.
[3] P. Schuster. *Loc. cit.*, p. 333.
[4] Gowers. *Traité des maladies nerveuses*, t. II (traduction allemande de Grube).
[5] Immermann. *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1865, p. 177.
[6] Mohr. *Schmidts Jahrbücher*, 1861.
[7] Heyfelder. *Med. Annal.*, Bd. V, 119.

de la situation pathologique. Dans le cas contraire, lorsque le puérilisme s'allie à la dépression du ton affectif, le malade boude, fait la moue, entre dans des colères puériles, etc. La réaction emprunte encore ici sa caractéristique à l'humeur enfantine du malade.

Voici donc un état psychopathique très particulier qui n'est, à proprement parler, un état ni démentiel, ni dépressif, ni expansif, ni délirant, mais qui, n'appartenant à aucune espèce morbide, peut apparaître et disparaître, et se combiner aux divers syndromes des états psychopathiques les plus variés. Il était nécessaire de l'analyser en soi, de le distinguer dans les complexus cliniques observés chez les malades, et de l'individualiser sous une étiquette claire, précise et simple, que j'ai proposée dans le vocable de : *puérilisme.*

Relations des troubles psychiques avec les troubles somatiques diffus. — Ces troubles généraux : torpeur, engourdissement et obnubilation de l'intelligence, dépression du ton affectif, inhibition relative de l'activité intellectuelle spontanée et volontaire avec persistance de l'activité automatique générale ; associés à un degré, variable et progressif, de diminution psychique ; s'observent au cours des tumeurs cérébrales de tout siège et de toute nature.

Ils s'associent toujours à quelques-uns des symptômes somatiques diffus de ces lésions. Ces *symptômes diffus* des néoplasies encéphaliques sont la *céphalée*, les *vomissements* dits cérébraux, les *vertiges*, les *convulsions épileptiques générales.*

Parmi ces symptômes somatiques, quelques-uns méritent ici une brève mention, à cause de leur étroite relation avec la séméiologie mentale des néoplasmes intracraniens.

La *céphalée*, qui est le signe le plus précoce, le plus fréquent, le plus tenace et le plus pénible des tumeurs encéphaliques, affecte souvent un tel caractère d'intensité et de violence, principalement au moment de ses paroxysmes d'exacerbation, que le malade en est *abruti, assommé*: il se prend la tête à deux mains, en poussant des cris incessants et lamentables, parfois de véritables hurlements. Lorsque la douleur atteint un tel degré, et qu'elle se montre d'ailleurs plus qu'en aucune autre affection, rebelle aux médications antialgiques » (Raymond) elle peut pousser les malades, principalement les hommes, au désespoir et au *suicide.* C'est là une des conséquences psychopathologiques possibles des tumeurs cérébrales. La céphalée, par sa continuité et sa violence, contribue en outre, à inhiber l'intelligence des malades, et représente, ne fût-ce que par l'élément douloureux, un *facteur réel de la dépréciation psychique* des malades.

L'*état vertigineux* intermittent, et les diverses sensations bizarres intracraniennes, de poids, de vide, de ballottement, de corps étrangers, etc., accusées par les malades contribuent avec la céphalée à augmenter chez eux l'état de trouble et d'obtusion psychiques qu'ils présentent si souvent.

Les *convulsions épileptiques*, enfin, sont toujours suivies d'une *recrudescence des symptômes d'obnubilation* et d'affaiblissement de l'intelligence.

La démence survient beaucoup plus rapidement chez les néoplasiques

cérébraux, qui présentent des convulsions épileptiques que chez ceux qui n'en présentent pas : et l'*épilepsie générale* est, au point de vue de ses relations avec les *progrès de la démence,* d'un pronostic plus grave que l'*épilepsie partielle.*

Après chaque accès, le *réveil intellectuel a lieu plus lentement* qu'après les accès d'épilepsie non néoplasique, et la mentalité descend, après chaque ictus, à un niveau inférieur.

Rapports des troubles psychiques avec le siège des lésions. — Les considérations générales que j'ai déjà exposées sur les rapports des psychopathies avec les lésions cérébrales, s'appliquent à l'étude psychopathologique des tumeurs de l'encéphale. Sans y revenir, on peut essayer d'établir d'après les observations anatomo-cliniques, quelle est, devant la tumeur, la *réaction psychopathique de chaque région* de l'encéphale.

Cette étude démontre avec évidence la *pluralité des sources de l'intelligence,* la variété de leur siège, et l'inégalité de leur apport à l'œuvre de la synthèse psychique.

La doctrine des localisations cérébrales a consacré la distinction, dans la masse encéphalique, de *deux grandes variétés de zones :* les unes, caractérisées par des aptitudes fonctionnelles et des susceptibilités pathologiques spéciales, dites *intolérantes,* les autres sans réactions physio-pathologiques particulières, dites *tolérantes.*

Les premières comprennent les territoires corticaux sensitivo-psycho-moteurs et sensoriels, communs et verbaux, avec leurs faisceaux de projection et d'association, la région bulbo-protubérantielle et l'appareil cérébelleux. Les secondes comprennent le lobe frontal en avant de la frontale ascendante, le centre ovale et le corps calleux.

Cette distinction de la masse encéphalique en *zones tolérantes et intolérantes,* légitime dans ses applications au diagnostic général des lésions de l'encéphale, n'est pas consacrée par la psycho-séméiologie des tumeurs cérébrales. En effet, toute tumeur encéphalique peut donner lieu, quel que soit son siège, à des troubles psychiques.

Lorsqu'elle siège dans une *région intolérante,* la tumeur provoque, outre les *troubles psychiques* et les *symptômes somatiques diffus* de l'affection néoplasique, des *symptômes de foyer,* par excitation ou inhibition du territoire fonctionnel intéressé. Ces derniers troubles, joints aux symptômes diffus, dominent le tableau clinique et relèguent au dernier plan les perturbations psychiques : celles-ci existent cependant et une soigneuse enquête anamnestique les retrouve presque toujours dès le début, souvent même dans la période prodromique de l'affection. Lorsqu'elle siège dans une *région tolérante,* la tumeur, *relativement silencieuse au point de vue des réactions somatiques,* détermine souvent assez de troubles psychiques, pour qu'on soit tenté de renverser les termes et de déclarer *intolérantes* au nom de la *psychopathologie* les zones dites *tolérantes* par la *physiologie expérimentale.*

S'il résulte, en effet, des constatations anatomo-cliniques, que de grosses

tumeurs peuvent siéger dans les zones tolérantes, sans éveiller de réactions morbides saisissables, ni dans la motilité, ni dans les sensibilités générale ou spéciale, il semble précisément que dans ces régions, dites muettes ou indifférentes, une tumeur ne puisse naître et grandir, sans provoquer de troubles appréciables de l'intelligence. La *tolérance* de ces territoires est donc toute *relative*, puisque la lésion qui les envahit compromet l'activité cérébrale, non pas sans doute dans ses domaines électifs les plus apparents, mais dans ses fonctions les plus hautes et les plus complexes. Seulement, une atteinte intellectuelle, isolée d'autres troubles et qui peut d'ailleurs rester longtemps légère, passe facilement inaperçue : tandis qu'une paralysie, un trouble du langage, un déficit sensoriel, attirent immédiatement l'attention générale.

Les *zones* dites *muettes* ne taisent donc, dans leur souffrance, que les manifestations criantes de la pathologie banale ; c'est une raison de plus pour s'attacher à écouter et à comprendre l'expression psychopathique discrète, par laquelle se traduit l'atteinte anatomique de ces zones, qui ne semblent muettes que parce qu'on n'entend pas leur langage.

Plus on s'attachera à l'analyse précoce et attentive de ces symptômes psychiques, plus diminuera le nombre des *tumeurs latentes*, dont la bruyante explosion symptomatique est toujours précédée d'une période de troubles psychopathiques prodromiques.

Tumeurs du lobe frontal. — Il faut entendre sous ce terme de lobe frontal, la partie de ce lobe qui est située en avant de la frontale ascendante ; cette circonvolution, dans le langage des localisations cérébrales, appartient à la région rolandique. Les tumeurs du *lobe préfrontal* assez fréquentes, sont extérieures à ce lobe, qu'elles refoulent et déforment plus ou moins, ou intérieures à sa substance, aux dépens de laquelle elles s'étendent : les néoplasmes *extralobaires* déterminent moins de troubles psychiques que les tumeurs *intralobaires* : celles-ci, détruisant la substance blanche et grise du lobe, ont un retentissement plus précoce et plus marqué sur les fonctions psychiques.

Lorsque, par suite de son développement excentrique progressif, une tumeur *extralobaire* frontale arrive à détruire une partie notable de la substance même du lobe envahi, et qu'elle devient ainsi *intralobaire*, on peut observer, correspondant à ces deux *phases de l'évolution anatomique* de la tumeur, *deux phases dans l'évolution clinique* de l'affection : une première, faite de symptômes diffus, physiques et psychiques (céphalée, vomissements, amblyopie, vertiges, torpeur et obtusion mentales) qui correspond au *stade extralobaire* du néoplasme ; et une seconde phase clinique, caractérisée par des troubles psychopathiques plus marqués, plus précis dans leur expression (altérations du caractère, de l'intelligence, de la moralité, idées délirantes, etc.), qui correspond au *stade intralobaire* de la tumeur. Cette évolution anatomo-clinique en deux périodes, dont l'observation si intéressante de Cestan et Lejonne[1] donne un bon exemple, n'est pas de constatation fréquente;

[1] Cestan et Lejonne. Troubles psychiques dans un cas de tumeur du lobe frontal *Revue de Neurologie*, septembre 1901.

parce que souvent, la tumeur, extérieure au lobe frontal, n'envahit pas la substance de celui-ci, qu'elle refoule et déforme sans le détruire. Dans d'autres cas, la tumeur, primitivement intralobaire, ne comporte pas la succession de ces deux périodes, mais seulement l'aggravation progressive des troubles démentiels primitifs.

Les symptômes dus à l'atteinte même du lobe préfrontal, sont très variables. Dans l'ordre intellectuel, ils consistent en *diminution démentielle* progressive plus ou moins rapide, *amnésie, obtusion* croissantes.

Dans l'ordre éthique et affectif, on observe de *notables changements dans le caractère*, qui devient irritable, coléreux, emporté, sujet à des alternatives de dépression et d'excitation, avec *période d'abattement* mélancolique silencieux, et *période d'agitation*, d'instabilité, de violences.

Certains auteurs ont signalé la possibilité, au cours des lésions préfrontales de *perversion des instincts*, d'*oblitération du sens moral*. Léonora Welt[1] a même essayé d'établir une relation entre le développement de ces altérations de la moralité et le siège des lésions causales au niveau de la face orbitaire du lobe frontal; principalement, d'après ses sept observations, de la face inférieure de la première circonvolution orbito-frontale.

D'autres auteurs, particulièrement Bruns[2] et Jastrowitz[3], ont signalé, dans les lésions du lobe frontal, une perversion particulière du ton émotionnel associée à une modalité spéciale du fonctionnement intellectuel, qui se traduisent par de la jovialité, de la bonne humeur, avec tendance aux idées humoristiques et aux jeux de mots; un certain tour caustique de l'imagination s'allie, en pareil cas, à l'affaiblissement intellectuel, et aboutit à un singulier état de l'humeur et des manières, chez le malade : celui-ci donne parfois l'impression d'un mauvais plaisant, qui cherche à taquiner ou à faire rire l'entourage. Les Allemands ont désigné sous le nom de *Moria*, de *Witzelsucht*, cette anomalie de l'humeur intellectuelle.

J'ai signalé plus haut le rôle de la combinaison du puérilisme et de l'excitation euphorique de l'humeur, dans la genèse de cette jovialité pathologique, de cette *Moria*. J'ajoute que, d'après les très étendues et très consciencieuses recherches statistiques de P. Schuster[4], cette anomalie curieuse de l'humeur intellectuelle ne serait pas propre aux lésions frontales, mais se rencontrerait également dans les tumeurs superficielles ou profondes des autres régions du cerveau et du cervelet. Schuster serait tenté d'attribuer, dans la genèse de ce trouble mental, un rôle étiologique important au volume des tumeurs. Si cette *Moria* semble d'observation plus fréquente dans les néoplasies du lobe frontal, c'est à cause de la grande prédominance des troubles psychiques dans les tumeurs de cette région. E. Müller[5], au terme d'une longue étude sur les

[1] Léonora Welt. Ueber Charakter Veränderungen des Menschen infolge von Läsionen des Stirnhirns. *Deutsch. Arch. f. Kl. Med.*, 1888, t. XLII.

[2] Bruns. Die Geschwülste des Nervensystems. Berlin, 1897.

[3] Jastrowitz und Leyden. Beitr. z. Lehre von der Localisation im Gehirn, Berlin, 1888.

[4] P. Schuster. *Loc. cit.*

[5] E. Müller. *Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilk*, XXI, 3-4.

troubles psychiques accompagnant les lésions de la région frontale, aboutit à peu près aux mêmes conclusions. La nature sarcomateuse du néoplasme semblerait, d'après les statistiques, provoquer plus particulièrement des troubles psychiques, non pas à cause de l'espèce histologique de la tumeur, mais à cause du gros volume, du rapide accroissement et du mode d'extension de la néoplasie. La fréquence plus grande des réactions psychopathiques, dans les tumeurs frontales, s'expliquerait, pour E. Müller, par ce fait que la lésion peut évoluer, dans cette région, plus longtemps que dans les autres parties de l'encéphale, sans intéresser de territoires essentiels à la vie : les tumeurs des autres régions, au contraire, compromettent beaucoup plus tôt les zones dites intolérantes et éveillent ainsi, dans une évolution plus courte, beaucoup moins de troubles psychiques. Müller aboutit, on le voit, aux conclusions que j'ai développées plus haut, dans le parallèle des zones tolérantes et intolérantes, au sujet de la psychoséméiologie des tumeurs de l'encéphale.

En effet, l'immense majorité des auteurs, Oppenheim[1], Obernier[2], Raymond[3], Obici[4], Byron Bramwell[5], Lannois[6], R. Cestan et Lejonne[7], Dupré et Devaux[8], P. Schuster[9], etc., s'accorde à proclamer la prédominance des troubles intellectuels sur les autres manifestations dans les tumeurs préfrontales.

Il faut ajouter que l'intensité, la précocité et la rapidité d'évolution de ces troubles intellectuels sont, en général, proportionnelles à l'étendue des lésions néoplasiques préfrontales. Lorsque ces lésions sont bilatérales et diffuses, comme dans les observations de Raymond[10], et de Baraduc[11], etc., elles se caractérisent par un syndrome psychopathique démentiel progressif, qui rappelle de plus ou moins près le tableau de la paralysie générale.

Un assez grand nombre de ces tumeurs se traduisent par le tableau symptomatique d'*états hystéro-neurasthéniques,* avec altération du caractère, troubles affectifs, etc., qui sont d'un diagnostic fort difficile. P. Schuster en a réuni dans son livre d'intéressantes observations.

Lorsque la tumeur intéresse le pied de la troisième frontale gauche, elle provoque des *troubles aphasiques* variés, généralement intermittents : le plus souvent concomitants d'*accès épileptiques partiels,* à droite, symptomatiques de l'irritation de la zone rolandique adjacente. Oppenheim[12] a observé, ainsi que Nothnagel, de la *bradyphasie :* le malade parle très lentement, en

[1] Oppenheim. *Arch. f. Psych.*, t. XXI et XXII.
[2] Obernier. *Ziemssen Handb. der Pathol.*, t. XI.
[3] Raymond. *Leç. clin. de la Salpêtrière*, t. III, 1898.
[4] Obici. *Il policlinico*, 1895, vol. II.
[5] Byron Bramwell, *Brain*, 1899.
[6] Lannois, *Lyon Médical*. 1899, p. 575,
[7] Cestan et Lejonne. *Rev. neur., loc., cit.*, 1901.
[8] Dupré et Devaux. *Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1901.
[9] P Schuster. *Loc. cit.*
[10] Raymond. Un cas de démence consécutive à une tumeur du lobe frontal droit. *Soc. méd. des hôpitaux*, juin 1892.
[11] Baraduc. Troubles cérébraux analogues à ceux de la paralysie générale. Atrophie des lobes frontaux. *Bull. Soc. anat.*, 1876.
[12] Oppenheim *Loc. cit.* p. 104.

un débit traînant; ce symptôme a été observé dans des tumeurs qui n'intéressaient pas le centre de Broca : aussi Nothnagel incline-t-il à voir dans la bradyphasie une conséquence de l'obtusion et de la stupeur, plutôt qu'un symptôme d'ordre aphasique. Oppenheim insiste aussi sur un trouble du langage qu'il a observé dans les tumeurs du lobe frontal gauche. Le malade, lorsqu'il cherche à parler, remue d'abord les lèvres, reste sans voix, et chuchote jusqu'à ce qu'enfin il se mette à articuler normalement. On dirait qu'il y a désaccord fonctionnel entre l'appareil de la phonation et celui de l'articulation. L'*agraphie* a aussi maintes fois été observée dans les tumeurs frontales gauches.

Lorsque les lésions néoplasiques envahissent, en arrière, les pieds des circonvolutions frontales, et atteignent la frontale ascendante, d'autres symptômes, d'ordre psychomoteur, hyperkinétiques ou paralytiques, s'ajoutent au syndrome mental, et témoignent, par leur apparition, de l'*extension des désordres de la zone préfrontale psychique à la zone frontale entière, psychique et motrice*. Brault et Lœper[1], Devic et Gauthier[2], Lannois et Porot[3], ont publié d'intéressantes observations de cette modalité évolutive *psychoparalytique* des tumeurs cérébrales.

Dans certains cas exceptionnels, la tumeur frontale ne s'est révélée que par des troubles moteurs, de nature épileptique, partiels ou généralisés. Les observations de Roncoroni[4], de M. Dide[5], de Dieulafoy[6], en offrent des exemples instructifs.

Bruns[7] a publié quatre observations de tumeurs des lobes frontaux qui avaient déterminé des *troubles de l'équilibration*, sans symptômes paralytiques; et la lésion, dans ces différents cas, n'intéressait pas la zone rolandique. Ces troubles n'appartiennent pas au syndrome du lobe frontal, et caractérisent le syndrome cérébelleux : aussi peut-on invoquer, pour en expliquer l'apparition, dans les cas analogues à ceux de Bruns, une conséquence anatomomécanique des tumeurs encéphaliques, dont P. Marie[8] a signalé la fréquence et montré l'intérêt : l'*engagement, dans le trou occipital, du cervelet et de l'appareil bulbo-protubérantiel*. Cestan et Lejonne, dans leur observation de tumeur frontale, ont constaté le fait. L'hypothèse pathogénique que je propose est donc légitime et offre l'avantage de rapporter à la souffrance de l'organe de l'équilibration, les troubles ataxiques constatés dans les tumeurs, même fort éloignées du cervelet. L'adjonction possible de troubles de l'équi-

[1] Brault et Lœper. Tumeurs cérébrales à forme psychoparalytique. *Archives de médecine*, mars 1900.

[2] Devic et Gauthier. Tumeurs cérébrales à forme psychoparalytique. *Archives de médecine*, décembre 1900.

[3] Lannois et Porot. Tumeur cérébrale à forme psychoparalytique. *Soc. méd. des hopitaux de Lyon*, octobre, 1902.

[4] Roncoroni. *Acad. de méd. de Turin*, 1893.

[5] Maurice Dide. *Soc. anat. de Paris*, 1898.

[6] G. Dieulafoy, Leçons de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Paris, 1902.

[7] Bruns. Ueber Störungen des Gleichgewichts bei Stirnhirntumoren (*Deutsche med. Woch.*, 1897, n° 7).

[8] Pierre Marie. *Soc. de Neurologie*, 1900.

libre au syndrome mental des tumeurs du lobe frontal ne doit donc pas troubler le diagnostic topographique de la lésion, si celui-ci repose déjà sur de solides arguments.

Cénas [1] a publié une observation analogue : mais dans son cas existait, en outre, de la méningite alcoolique chronique et un ostéome de la faux cérébrale comprimant le lobule paracentral droit.

P. Schuster conclut de ses statistiques que les tumeurs frontales gauches déterminent plutôt des états démentiels simples, et les tumeurs frontales droites des états psychopathiques avec excitation, et de caractère actif.

L'étude comparée du nombre considérable d'observations déjà publiées de tumeurs du lobe frontal démontre, en résumé, la *haute prédominance des troubles psychiques,* l'absence ou l'extrême rareté des troubles moteurs ou sensitivo-sensoriels, dans l'expression clinique des lésions. Ces *troubles psychiques,* divers par leur nature, leur intensité, leur association, sont en général *précoces,* presque toujours *progressifs,* souvent *isolés au début,* puis *associés par la suite* à des symptômes épileptiques, aphasiques et paralytiques; enfin ils se caractérisent surtout par l'*affaiblissement démentiel terminal* des facultés. Certaines *modalités épisodiques singulières* (moria, euphorie joviale, puérilisme, troubles de l'odorat, etc.), peuvent imprimer à la symptomatologie mentale du lobe frontal une physionomie assez spéciale. Mais le caractère dominant de cette expression clinique demeure l'*atteinte précoce des fonctions psychiques supérieures,* de l'exercice intellectuel sous ses formes les plus hautes et les plus délicates, et des manifestations de l'affectivité et du sens moral. On peut remarquer ici l'*analogie générale de l'expression psychique des lésions frontales avec celle de la paralysie générale,* dont les localisations prédominantes intéressent le plus souvent l'écorce des lobes frontaux. On trouvera des documents intéressants et tous confirmatifs des propositions ci-dessus émises, dans les travaux dont je donne ici seulement l'indication [2].

Tumeurs du corps calleux. — Les tumeurs du corps calleux partagent avec celles du lobe frontal ce caractère négatif de ne pas provoquer, par elles-mêmes, de symptômes de foyer et de se traduire cependant par un ensemble de signes majeurs, (symptômes diffus des tumeurs encéphaliques, diplégies

[1] Cénas. Astasie-abasie symptomatique. Troubles de l'équilibre provoqués par les tumeurs du lobe frontal. *Loire médicale,* 1895.

[2] Magnan. Kyste hydatique du lobe frontal. *Soc. de Biologie,* 1868.

Tamburini e Marchi. Gliome du lobe frontal. *Rivista sperim. di Freniatria,* 1883.

Raymond. Contribution à l'étude des tumeurs du cerveau (gliome du lobe frontal gauche) *Archives de Neurologie,* 1893.

Galavielle et Villard. Un cas de sarcome volumineux du cerveau, ayant débuté dans la substance blanche de la région frontale gauche. *Archives de Neurologie,* 1897.

Williamson. Symptomatologie des lésions (tumeurs et abcès) intéressant la région préfrontale du cerveau, *Brain,* 1896. (50 cas rapportés).

Vœgelin. Contribution à l'étude des affections du lobe frontal. *Allg. Zeitsch. für Psychiatrie,* 1897.

Patel et L. Mayet. Loc. cit. *Archives générales de Médecine.* Août 1900.

incomplètes et asymétriques, aggravation rapide des signes), parmi lesquels les troubles psychiques occupent une place constante et considérable.

Le corps calleux, dans lequel Lapeyronie localisait l'âme, au début du XVIIIe siècle, et dans lequel, par une belle intuition, un siècle plus tard, Treviranus voyait l'organe de l'unité des opérations intellectuelles, représente certainement, d'après les recherches anatomo-physiologiques contemporaines (Meynert, Muratow, Gudden, Brissaud, Déjerine), l'instrument nécessaire de la synthèse harmonique des activités sensorio-psychiques des deux hémisphères : on ne doit plus le considérer aujourd'hui comme un organe symétriquement *commissural*, au sens où l'entendait Meynert, mais bien comme l'organe de l'unité anatomique et fonctionnelle des deux moitiés du cerveau. Le corps calleux est donc un organe psychique par excellence, et les lésions qui l'atteignent compromettent tout d'abord l'intelligence.

Il résulte, en effet, des travaux de Bristowe [1], Giese [2], Bruns [3], Ransom [4], Raymond [5], Devic et Paviot [6], de Mobel Blackwood [7], etc., que ces tumeurs déterminent toujours une *altération précoce et grave de l'intelligence*, caractérisée non seulement par de la torpeur, de l'indifférence, de l'obnubilation intellectuelle, mais par de la confusion mentale, de l'amnésie, des troubles dans l'association des idées, l'impossibilité de tout travail mental, des altérations du langage qui, sans ressortir à une variété particulière d'aphasie, semblent se rattacher à la confusion générale de l'esprit, au chaos de la pensée. En résumé, ces tumeurs, en *compromettant la fonction d'association synergique des deux hémisphères*, portent une *atteinte précoce et profonde à la cérébration psychique* et entraînent la démence (voy. Démences organiques). Séglas et Londe [8] ont observé, dans un cas de tumeur du corps calleux, des accidents de confusion, d'hallucination et de délire mélancolique. Le malade mourut dans un syndrome méningitique.

La coexistence de cet état de confusion et de démence avec les signes diffus des tumeurs cérébrales, la bilatéralité asymétrique des phénomènes de déficit moteur, et l'absence des symptômes de foyer, constitue un ensemble séméiologique qui pourra permettre de rapporter à une lésion du corps calleux le syndrome psychopathique plus haut décrit.

E. Brissaud [9] a rapporté un cas intéressant, où l'application de ces règles générales lui a permis de diagnostiquer avec précision le siège d'une tumeur de la région calloso-frontale droite.

[1] Bristowe. Cases of tumour of the Corpus callosum. *Brain*, octobre 1884.

[2] Giese. Zur Casuistik der Balkentumoren. *Arch. f. Psych.*, 1884.

[3] Bruns. Ueber Tumoren des Balkens (*Berl. Klin. Woch.*, 1886).

[4] Ransom. On tumours of the corpus callosum, with acount of a case. *Brain*, 1895.

[5] Raymond. *Loc. cit.*

[6] Devic et Paviot. *Revue de médecine*, décembre 1897.

[7] M. Blackwood. Un cas de gliome du corps calleux. *The Journal of mental Science*, Juillet, 1900.

[8] Séglas et Londe. Tumeur du corps calleux. *Congrès d'Angers*, 1898.

[9] E. Brissaud. Diagnostic d'une localisation de tumeur cérébrale dans la région du genou du corps calleux. *Soc. de Neurologie*, Avril 1902.

P. Schuster a rassemblé 31 cas de tumeur du corps calleux : tous les malades ont présenté des troubles mentaux : à part deux cas, dus à Gläser et à Pantoppidan (cités par Schuster), la littérature médicale ne compte aucune observation de tumeur calleuse sans trouble psychique. Cette exceptionnelle fréquence des symptômes psychiques dans les lésions du corps calleux assure à cet organe un rang supérieur à celui du lobe frontal, et le premier de tous, dans l'échelle de la susceptibilité psychologique des différents territoires de l'encéphale devant les tumeurs.

Devic et Paviot attribuent la constance et la gravité des réactions psychiques dans les tumeurs calleuses à la lésion du faisceau longitudinal supérieur. P. Schuster remarque que la lésion du système calleux suffit, en l'espèce, à expliquer les effets psychopathiques observés.

En répartissant les différents cas de tumeurs du corps calleux en trois groupes, suivant que la lésion intéresse le tiers antérieur, le tiers moyen ou le tiers postérieur de l'organe ; et en rapprochant, de chacune de ces catégories anatomiques, le bilan des symptômes psychiques observé, P. Schuster aboutit à la conclusion que les tumeurs du corps calleux antérieur produisent plutôt des états démentiels simples, et que les tumeurs du corps calleux postérieur déterminent plutôt des états délirants, avec excitation, hallucinations, etc.

Tumeurs du centre ovale. — Malgré la multiplicité des organes et des faisceaux qu'il contient, le centre ovale et, d'une façon générale, les régions profondes de l'encéphale marquent, vis-à-vis des tumeurs, une tolérance souvent étonnante. Celles-ci refoulent peu à peu les régions voisines, et n'entraînent, pendant longtemps, que des troubles fonctionnels diffus, parmi lesquels on observe toujours une *atteinte plus ou moins marquée de l'intelligence*. Cette atteinte se traduit en général, par les grands symptômes que j'ai énumérés au début de cette étude (torpeur, engourdissement psychiques, hébétude, obtusion, etc.). L'affaiblissement démentiel se montre à peu près proportionnel au volume de la tumeur. Ces troubles psychiques sont assez *précoces* et ont une *signification d'autant plus précieuse qu'ils précèdent l'apparition tardive des symptômes de foyer*.

D'après sa statistique, Schuster établit qu'en général les tumeurs du cerveau gauche entraînent plus souvent la démence que celle du cerveau droit. Les tumeurs du *corps strié*, comme celles de la *couche optique*, déterminent des troubles variés, sans rapport particulier, dans la fréquence ou le caractère des symptômes, avec l'organe intéressé.

Tumeurs de la région rolandique. — Outre les symptômes diffus et toute la série des symptômes de foyer qu'elles provoquent, les tumeurs de la région rolandique déterminent, même lorsqu'elles sont unilatérales, des accès d'épilepsie partielle, qui parfois se généralisent, ou d'*épilepsie générale d'emblée* avec ou sans prédominance hémiplégique, qui peut en imposer pour une épilepsie non symptomatique d'une lésion en foyer. Le problème diagnostique de

la nature des accès épileptiques peut, en pareil cas, être éclairé, au moins en partie, par l'étude de l'état mental du malade entre les crises convulsives.

Lorsque l'épilepsie générale est secondaire à une néoplasie rolandique, elle est moins pure, moins franche, moins symétrique dans ses manifestations convulsives, moins pareille à elle-même dans ses accès, et surtout on observe entre ces accès des modifications pathologiques persistantes de l'état mental (obnubilation, torpeur, obtusion intellectuelle, etc.), qui ne sont pas de règle entre les accès de l'épilepsie dite idiopathique. Au sortir du stertor terminal, l'épileptique ordinaire reprend généralement en peu de temps son activité intellectuelle, et, à moins de circonstances spéciales, (répétition fréquente des accès, évolution démentielle rapide, etc.), revient à sa mentalité ordinaire ; le néoplasique cérébral, si éloigné qu'il soit de sa crise convulsive, reste un malade, dont l'état psychique relève d'une épine organique permanente.

Parmi les tumeurs fréquentes de la région rolandique et des zones voisines, figurent les *cysticerques*, néoplasies en général multiples et essentiellement, à cause de leur siège cortical et de leurs propriétés irritatives, *épileptogènes*. Sabrazès et de Baty [1] ont observé, dans la cysticercose corticale, de l'*automatisme ambulatoire*. Koch [2] oppose la symptomatologie de la cysticercose (épilepsie, phénomènes d'irritation) à celle de l'échinococcose (dépression, démence) et il rapproche les convulsions de la cysticercose du *tournis du mouton*.

Un autre caractère psychopathologique fréquent des tumeurs rolandiques est l'*altération du jugement stéréognostique*, qu'on observe au cours du syndrome hémiplégique d'origine corticale. Le malade présente, outre les troubles sensitivo-moteurs localisés qui relèvent de sa lésion rolandique, une *astéréognosie* de même origine, variable dans son intensité, qui s'accompagne d'une inertie remarquable de la main dont on sollicite l'activité fonctionnelle.

La main, souvent à peine parésiée, reste immobile, et n'exécute aucune de ces menues contractions par lesquelles les faces palmaires des doigts sont successivement amenées au contact de l'objet à reconnaître. Il est manifeste que l'*abolition du jugement stéréognostique* comporte, comme élément essentiel de sa genèse, non pas tant l'impossibilité de reconnaître la forme et le relief des objets malgré les efforts accomplis par le malade, que l'absence même de ces efforts intentionnels et l'*inertie de palpation exploratrice;* cet *état d'indifférence et d'incuriosité de la main astéréognostique*, démontre bien que, en général, l'*appétit de la fonction est étroitement lié à l'intégrité de son exercice*, et que, au moins *dans le domaine de l'activité psychique supérieure, la perte des moyens d'exécution peut entraîner l'oubli même de la fonction paralysée* (P. Marie, E. Brissaud) (Voyez page 1093).

Tumeurs du lobe pariétal. — On a constaté, dans certains néoplasmes limi-

[1] Sabrazès et de Baty. Automatisme ambulatoire symptomatique d'une cysticercose de l'encéphale. Le tournis chez l'homme. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1897.

[2] Koch. Troubles mentaux causés par les échinocoques dans le cerveau humain, pour servir à l'étiologie des maladies psychiques. *Allg. Zeitsch. fur Psychiatrie* 1884.

tés au *lobe pariétal gauche*, en arrière de la pariétale ascendante, des symptômes de *cécité verbale* et d'*agraphie* (Oppenheim[1]). L'étude des lésions en foyer du lobe pariétal a incliné certains auteurs, Redlich[2], von Monakow[3], Grasset[4], Allen Starr et Mc Cosh[5] à situer dans les lobes pariétaux l'activité perceptive et associative qui aboutit au *sens musculaire*. J'ai indiqué à l'occasion des troubles agnosiques, les conclusions de H. Verger, (de Bordeaux), relatives à la localisation pariéto-occipitale et pariéto-temporale des troubles de la *stéréo-agnosie de conductibilité*.

Tumeurs du lobe temporal. — Les lésions néoplasiques *temporales gauches* peuvent déterminer de la *surdité verbale*, ainsi qu'en témoignent les cas de Giraudeau[6] et de Bruns[7]. Les lésions *temporales droites* peuvent entraîner le même syndrome, chez les *gauchers* (cas de Westphall[8] père, Bianchi[9], Sepilli[10]). Brault et Lœper[11] ont noté de la surdité verbale chez leur seconde malade, atteinte d'un kyste hydatique de la *région temporo-occipitale droite*. Ils ne disent point si leur malade était gauchère. Enfin, les tumeurs *temporales bilatérales* lorsqu'elles détruisent, comme dans l'observation de Friedländer et Wernicke[12], les segments postérieurs des circonvolutions temporales, entraînent le syndrome de la *surdité psychique*, par disparition des images auditives, communes et verbales.

Il ressort de l'étude statistique comparée des troubles psychiques et des troubles aphasiques sensoriels, dans les tumeurs du lobe temporal, que les premiers ne sont pas dépendants des seconds, et qu'ils peuvent apparaître isolés, sans aphasie concomitante (P. Schuster). Ce fait plaide en faveur de la haute importance psychique accordée au lobe temporal par von Monakow et Flechsig.

Tumeurs du lobe occipital. — Les tumeurs *occipitales gauches* peuvent provoquer, si elles détruisent la région du pli courbe (gyrus angulaire) le syndrome de la *cécité verbale*, avec lésion du langage intérieur (paraphasie, agraphie) ; et de la *cécité verbale pure* (Déjerine) sans troubles concomi-

[1] Oppenheim. Zur Pathol. der Grosshirngeschwülste (*Arch. f. Psych.*, 1889).

[2] Redlich. Ueber Störungen des Muskelsinns (*Wiener Kl. Wochensch*, 1893.

[3] Von Monakow. *Arch. f. Psych.*, t. XXIII, 1892.

[4] Grasset. Diagnostic des maladies de l'encéphale, Paris, 1900.

[5] Allen Starr and Mc Cosh. A contribution to the localisation of the muscular sense (*American Journal of the med. scienc.*).

[6] Giraudeau. Note sur un cas de surdité cérébrale (*Rev. de médecine*, 1887).

[7] Bruns. Ein neuer Fall von Alexie (*Neurologisches Centr. Blatt.*, 1894. N[os] 1 et 2).

[8] Wesphall. *Berl. Kl. Wochenschr.*, 1884.

[9] Bianchi. Di un caso di lesione distruttiva del lobo temporosfenoïdale sinistro (*La psichiatria*, 1888).

[10] Sepilli. Contributo alle affesioni dei lobi temporali. (*Riv. sp. di freniat. e di med. leg.*, 1892).

[11] Brault et Lœper. Trois cas de tumeur cérébrale à forme psychoparalytique. *Archives générales de Médecine*, mars 1900. (II[e] Observation : Kyste hydatique du lobe temporal).

[12] Friedländer u. Wernicke. Ein Fall von Worttaubheit infolge von doppelseitiger Läsion des Schläfenlappens (*Fortschr. der Med.*, 1883).

tants du langage intérieur, si elles intéressent les lobules lingual et fusiforme et les lèvres de la scissure calcarine (Mirallié[1]).

Les lésions *occipito-temporales gauches* qui détruisent l'écorce, un peu au-dessous du pli courbe, à la fois sur le lobe occipital et la partie postérieure du lobe temporal, provoquent l'apparition du syndrome de l'*aphasie optique*. Le malade voit et reconnaît les objets, mais ne peut prononcer leur nom : il présente de l'*amnésie des substantifs* (Raymond) c'est un *trouble de l'association visuo-auditive verbale*. Zaufall[2] a publié un cas intéressant de ce trouble particulier, auquel s'ajoutent presque toujours, en proportions variables, de la *cécité verbale*, avec *paraphasie*, *paralexie*, et des symptômes paralytiques localisés.

Les lésions *occipitales doubles* déterminent de la *cécité corticale*, par *hémianopsie bilatérale*. Cette cécité n'est presque toujours qu'une *amblyopie corticale*, à cause de la conservation relative de la vision centrale qui continue à s'effectuer par le faisceau maculopapillaire cortical.

Ces lésions doivent, pour abolir la vision corticale, détruire surtout la face interne du lobe occipital, et spécialement les lèvres de la *scissure calcarine*, où les travaux successifs de S. E. Henschen[3] ont localisé la projection corticale de la rétine; et interrompre le trajet de la voie optique intracérébrale (radiations de Gratiolet).

Quand les lésions occipitales sont assez étendues pour compromettre, dans la substance blanche occipito-pariéto-temporale, les associations qui relient les centres de la vision cérébrale aux autres centres de l'écorce ; le malade présente de la *cécité psychique*. Au déficit de la vision corticale s'ajoute alors le *trouble de la vision mentale* des objets. Le défaut de perception se complique du désordre de l'idéation : dans la grande majorité des cas, ces deux syndromes sont associés, dans des proportions que l'analyse clinique doit s'efforcer d'établir, (Charcot[4], Raymond[5]).

P. Schuster conclut de ses statistiques, que c'est dans les tumeurs du lobe occipital que s'observent avec le plus de fréquence les troubles psychiques à forme de confusion mentale, de délire, d'hallucinations et d'excitation.

Tumeurs de la base. — Ces tumeurs, d'un diagnostic régional plus facile que les autres, à cause des syndromes anatomiques dus à la compression des nerfs craniens, des pédoncules, etc., comportent les symptômes psychiques diffus des néoplasies intracraniennes. Lorsque la tumeur siège dans le quart antérieur de la base du crâne, elle peut déterminer des *troubles de l'odorat* (anosmie, hallucinations olfactives) et de la *vision*, associés au *syndrome psychofrontal*.

[1] Mirallié. L'aphasie sensorielle. Thèse de Paris, 1896.

[2] Zaufall. Otitischer Gehirnabcess im linken Temporallappen (*Prag. med. Wochensch.*, 1896).

[3] P. Henschen. Congrès de Paris, 1900. Section d'Ophtalmologie. La projection de la rétine sur la corticalité calcarine. *Semaine médicale*, 22 avril 1903.

[4] Charcot. *Leç. sur les mal. du syst. nerv.*, t. III, 13e leçon.

[5] Raymond. *Clin. des mal. du syst. nerv.* Troisième série, 1898.

Les tumeurs de la *glande pinéale* et surtout de la *glande pituitaire* peuvent provoquer des *troubles du développement* et de la *croissance* (acromégalie, gigantisme, etc.), au cours desquels s'observent souvent des *états psychopathiques variés* que Brunet [1] et Meige [2] ont étudiés. Chez les *acromégales*, l'aliénation est huit fois plus fréquente que chez les sujets normaux ; et le quart environ de ces malades présente des troubles mentaux. Ces troubles consistent en dépression mélancolique, hypochondrie et idées de suicide ; en excitation maniaque, idées de persécution ; en torpeur, obtusion intellectuelle ; on observe enfin tous les degrés d'affaiblissement démentiel (Joffroy). L'épilepsie a été souvent signalée chez les acromégales (Marinesco [3], Raymond et Souques [4]).

Dans le *gigantisme*, l'étal mental est presque toujours anormal. La *torpeur psychique*, la tristesse, la *dépression mélancolique* sont fréquemment signalées, chez les *géants*, dans la famille desquels on peut toujours relever des *tares névro-psychopathiques* nombreuses et variées.

La pathogénie de ces troubles psychiques relève : d'abord de la *dégénérescence mentale* (Magnan, Brunet, Farnarier [5]) dont les stigmates les plus variés existent chez les géants et les acromégales ; ensuite, de la *tumeur hypophysaire*, certainement responsable, en certains cas, des accès d'épilepsie, générale ou partielle ; enfin, de l'*auto-intoxication cérébrale*, secondaire aux troubles nutritifs causés par les *altérations des glandes vasculaires sanguines* (hypophyse, corps thyroïde, glande pinéale), si fréquemment constatées chez les malades. Soca [6] dans un cas désormais classique, observa dans une tumeur de l'hypophyse, un état de *coma narcoleptique* qui dura sept mois.

L'analogie des réactions psychopathiques observées dans l'*acromégalie* et le *gigantisme* avec ou sans tumeur hypophysaire, vient à l'appui de la thèse, soutenue par Brissaud et Meige (1895), de l'identité nosologique de ces deux états morbides de la croissance, de ces deux syndromes pituitaires (P. E. Lannois et P. Roy [7]).

Il ressort des statistiques de P. Schuster qu'il n'existe pas de rapport entre la fréquence de l'acromégalie et la fréquence du développement des troubles psychiques, dans les tumeurs de l'hypophyse. Sur 61 cas de tumeurs hypophysaires avec troubles mentaux, 12 fois seulement fut observée l'acromégalie. Ces 61 cas de psychopathies liées à une tumeur de l'hypophyse se répartissent en 38 cas de démence simple, et 23 cas de syndromes à forme plus ou moins active (excitation, délire, hallucinations).

[1] Brunet. Etat mental des acromégaliques. *Thèse de Paris*, 1899.

[2] H. Meige. Le gigantisme. *Arch. gén. de médecine*, octobre 1902.

[3] Marinesco. *Soc. de Biol.*, juin 1895.

[4] Raymond et Souques. *Congrès de Nancy*, août 1896.

[5] Farnarier. *Soc. médico-psychol.*, juillet 1899. *Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, septembre-octobre, 1899.

[6] Soca. *Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, 1900-1902.

[7] P. E. Lannois et P. Roy. Gigantisme et infantilisme. *Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1902.

P. Roy. *Thèse*, Paris, 1903.

Tumeurs du cervelet. — Elles donnent lieu au *syndrome cérébelleux*, dont les études de Brissaud, de Raymond et de Babinski ont si nettement dessiné le tableau. Ce tableau comporte certains éléments dont la constatation a quelque intérêt psychologique, notamment les *vertiges*, les *troubles de l'équilibration*, les syndromes de l'*asynergie cérébelleuse* et de la *diadokocinésie* (Babinski [1]). Enfin, au cours des tumeurs du cervelet, le syndrome psychopathique diffus des néoplasies intracraniennes fait rarement défaut, au moins dans les périodes avancées de l'affection. Parmi ces symptômes diffus, on a maintes fois noté l'apparition de confusion mentale avec excitation, coïncidant avec les paroxysmes de la céphalée. Aubanel et Sauze [1] ont publié, il y a déjà longtemps, une très intéressante observation de tumeur cérébelleuse à symptômes diffus qui simula la paralysie générale.

L'étude critique des effets psychopathiques des tumeurs du cervelet n'apporte en somme de confirmation à aucune des si nombreuses théories émises depuis plus d'un siècle sur le rôle du cervelet dans la vie psychique : cette étude met au contraire en évidence le rôle du cervelet dans la coordination des mouvements et dans les fonctions de l'équilibre. Le rôle des troubles moteurs (catatonie, stéréotypie, négativisme, etc.), prenant aujourd'hui en psychiatrie de plus en plus d'importance, il faut reprendre l'étude des relations de l'appareil cérébelleux avec l'exécution des mouvements coordonnés, chez les nombreux aliénés qui présentent des troubles de la motricité.

Cette revue sommaire des *réactions anatomo-psychopathiques des tumeurs cérébrales* démontre qu'il n'existe pas, en réalité, de symptôme psychique pathognomonique de la localisation cérébrale d'une lésion circonscrite ; que les troubles psychiques, d'origine néoplasique cérébrale, appartiennent à la série des symptômes diffus ; et que, parmi ceux-ci, ils possèdent, par la variété de leur nature et de leur évolution, la richesse de leurs associations, une *valeur séméiologique de premier ordre*. L'interprétation judicieuse des troubles mentaux éclaire l'étude des symptômes, diffus et localisés, des tumeurs encéphaliques, et peut parfois apporter un précieux appoint à un procès diagnostique souvent obscur.

J'emprunte ici à P. Schuster (p. 303) un intéressant tableau statistique qu'il a dressé, d'après les données de Gianelli [1], qui a réuni 588 cas de tumeurs encéphaliques, dont 323 avec troubles psychiques, et 265 sans troubles psychiques. Ce tableau met en lumière la proportion des réactions psychopathiques dans chaque variété topographique de tumeur. Le pourcentage indiqué est fort intéressant : car il donne l'échelle de susceptibilité psychopathique relative des territoires encéphaliques.

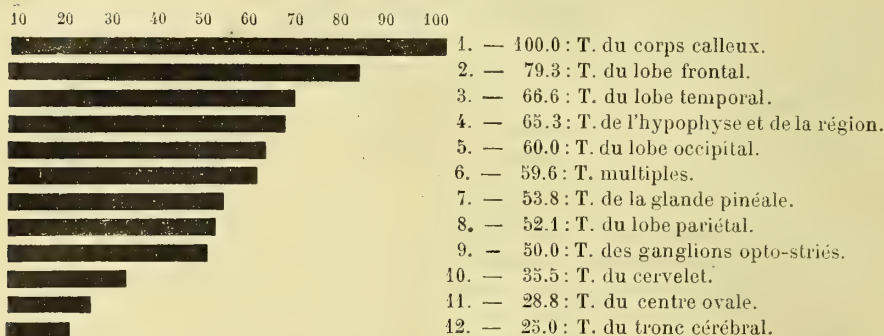
[1] Babinski. *Soc. de Neurologie*, 1901.

[2] Aubanel et Sauze. Cancer du cervelet, ayant simulé une paralysie générale. Analogie de ces deux affections. Caractères différentiels. *Gazette des Hôpitaux*, 1898.

[3] Gianelli. Gli effetti diretti ed indiretti dei neoplasmi encefalici sulle funzioni mentali. *Policlinico*, 1897.

TABLEAU DE LA FRÉQUENCE PROPORTIONNELLE DES TROUBLES PSYCHIQUES DANS LES TUMEURS ENCÉPHALIQUES

(Tableau emprunté à P. Schuster).



Rapport des troubles psychiques avec la nature des lésions. — La *précocité*, l'*intensité* et la *rapidité d'évolution* des *réactions psychiques* sont, en général, *proportionnelles* au *volume*, au *nombre* et à l'*activité d'accroissement des tumeurs*. Un gros néoplasme (sarcome, gliome, kyste hydatique, etc.) détermine des troubles psychiques plus marqués qu'un petit noyau gommeux ou tuberculeux. Une éruption de tubercules, un semis de kystes hydatiques éveillent plus de réactions mentales qu'un seul foyer néoplasique. Lorsque des *tumeurs multiples* intéressent les circonvolutions, elles équivalent à une vaste *lésion diffuse de la corticalité* et déterminent un syndrome à évolution démentielle, parfois *difficile à distinguer de la paralysie générale*. Sérieux [1] a publié une intéressante observation de cet ordre. Enfin une tumeur à développement très lent, à tendances stationnaires ou régressives, provoque beaucoup moins de troubles psychiques qu'un néoplasme prolifératif, à évolution subaiguë et à croissance rapide. Klippel [2], dans un essai intéressant de classification générale des tumeurs encéphaliques, les divise en tumeurs d'origine *neuro-épithéliale* (cérébromes, gliomes, épithéliomes ectodermiques ventriculaires et glandulaires), tumeurs d'origine *conjonctivo-vasculaire* (ostéomes, sarcomes, endothéliomes, myxomes, cholestéatomes, fibromes, angiomes, anévrysmes, kystes, etc.), tumeurs d'origine *inflammatoire* (néoplasies infectieuses, leucocytaires, de la syphilis, de la tuberculose, de l'actinomycose, etc.). A ces catégories, il faut ajouter les tumeurs *secondaires*, par *greffe métastatique* des cancers viscéraux.

Les tumeurs neuro-épithéliales, en raison de leur origine *congénitale*, de la *lenteur* fréquente de leur développement, ont une action pathogène beaucoup moins directement nocive que les autres néoplasies : mais elles s'accompagnent souvent de *malformations cérébrales* qui jouent un rôle dans les

[1] Sérieux et Mignot. *Société de Neurologie*, 1901.

[2] Klippel. Art. Tumeurs cérébrales. *Traité de Brouardel-Gilbert*, t. VIII.

troubles psychiques précoces qu'elles déterminent. Leur *évolution* est le plus souvent *lente et chronique*.

Les tumeurs conjonctivo-vasculaires, remarquables par la rapidité de leur accroissement et de leur extension, *intoxiquent la masse encéphalique* par les produits de leur nutrition déversés dans la circulation cérébrale. Leur *évolution subaiguë* et les troubles mentaux qu'elles provoquent s'aggravent sur un mode rapide et progressif.

Les tumeurs inflammatoires irritent et détruisent rapidement le parenchymes cérébral par les *toxines* qu'elles sécrètent et le travail de *réaction défensive* qu'elles provoquent autour d'elles. Les réactions psychopathiques qu'elles éveillent sont souvent soudaines et affectent une *évolution relativement aiguë*.

Associations morbides. — Les néoplasies intracraniennes sont souvent associées à d'autres processus pathologiques, portant sur les divers éléments constitutifs de l'encéphale.

Les *artérites* locales, symétriques ou diffuses, les *méningites*, aiguës et chroniques, partielles ou diffuses, intéressant la dure-mère ou les méninges molles, accompagnent fréquemment les néoplasies gommeuses de la syphilis et de la tuberculose. Baillarger[1] a cité des cas d'association de lésions méningitiques diffuses, avec adhérences corticales, à des lésions néoplasiques (cysticerque, fibrome). Joffroy et Gombault[2] en ont également publié un cas très net. On peut, à l'occasion de ces coïncidences, se demander si la tumeur n'a pas joué un rôle pathogénique important dans l'apparition des lésions méningées secondaires. Des *foyers de ramollissement* ou d'*encéphalite*, plus ou moins étendus, existent souvent dans le voisinage des tumeurs méningo-vasculaires accolées au cerveau[3]. Ces lésions, antérieures, contemporaines ou postérieures par rapport à l'évolution du néoplasme, jouent dans le syndrome mental un rôle parfois secondaire, parfois principal, mais toujours important. Elles revendiquent, dans beaucoup de cas, la pathogénie des symptômes révélateurs de la lésion dont elles ne semblent être que les éléments satellites. Bouveret[4] a insisté avec raison sur le rôle pathogénique de ces lésions de ramollissement périnéoplasique.

Enfin, les tumeurs cérébrales peuvent être associées à de nombreux états morbides de l'encéphale de multiple origine. Les *auto-intoxicatons*, surtout l'urémie et l'insuffisance hépatique; les *hétéro-intoxications*, surtout l'alcoolisme; les *névroses*, surtout l'hystérie, compliquent souvent le tableau clinique des tumeurs cérébrales, et modifient profondément le syndrome mental de l'affection.

[1] Baillarger. Paralysie générale. Tumeur fibreuse de la dure-mère. — Baillarger. Paralysie générale. Cysticerque de l'hémisphère droit du cerveau. *Ann. méd. psychologiques*, 1879, 1881.

[2] A. Joffroy et Gombault. *Congrès international de Paris*, 1900. *Loc. cit.*

[3] Casimir Saqui. De quelques lésions secondaires aux tumeurs cérébrales. *Thèse* Paris, 1899.

[4] Bouveret. Sur le ramollissement qui entoure les tumeurs cérébrales. *Lyon médical*, 1896.

La *dégénérescence mentale,* la prédisposition vésanique, ne doit pas être considérée comme une association morbide, mais bien comme le *terrain* commun sur lequel germent et fructifient, en produits psychopathiques extrêmement riches et variés, les incitations morbides émanées de la tumeur. Un néoplasme peut, dans l'*encéphale le mieux équilibré,* déterminer les *troubles psychiques diffus* inhérents à sa présence et à son développement dans le cerveau (torpeur, engourdissement, obtusion, dépression psychique, confusion mentale, aphasies, affaiblissement démentiel, etc.). Il ne provoquera de phénomènes délirants et de *syndromes vésaniques* que dans un *encéphale prédisposé à ces réactions psychopathiques :* celles-ci, *produits indirects de la néoplasie cérébrale,* expriment, dans leurs infinies modalités cliniques, les aptitudes héréditaires ou acquises des sujets aux manifestations morbides d'ordre psychique.

Pathogénie des troubles psychiques au cours des tumeurs de l'encéphale. — Un mécanisme pathogénique fort complexe préside à la détermination des accidents si variés et si nombreux du syndrome des tumeurs cérébrales. Les troubles psychiques appartenant, par définition, aux symptômes diffus de l'affection, il convient d'en chercher la cause non pas dans une lésion locale mais dans un élément pathogénique d'ordre général ; il convient aussi d'invoquer, pour expliquer des symptômes aussi inconstants, aussi variables, aussi intermittents, non pas un facteur pathogénique permanent, fixe et invariable, mais bien une influence morbifique essentiellement inégale, oscillante, et souvent même nulle ou absente. On invoque généralement, pour expliquer le syndrome diffus des néoplasies cérébrales, les *troubles circulatoires intracràniens* et la *compression de l'encéphale.* Il est probable que ces deux éléments entrent pour une certaine part dans le déterminisme des accidents. Mais, à côté de ces facteurs, d'ordre mécanique, j'ai essayé de mettre en lumière, dans la symptomatologie des tumeurs cérébrales, le rôle pathogénique d'un autre facteur, d'ordre toxique, dont je veux invoquer ici l'influence sur l'éclosion des troubles psychiques de la même affection.

L'hypothèse que j'ai formulée, à propos d'un gros sarcome endothéliomateux de la région fronto-sphénoïdale gauche [1], que j'ai étudié avec Devaux [2], est celle de l'*imprégnation de la masse cérébrale par les produits de la désassimilation, les toxines cellulaires provenant du néoplasme* et rejetés par lui dans la circulation veineuse et lymphatique de l'encéphale. Cette hypothèse de l'*intoxication de la substance cérébrale par les poisons cellulaires d'origine néoplasique,* s'applique non seulement aux tumeurs méningo-vasculaires, mais aux tumeurs nerveuses et épithéliales ; aux néoplasies inflammatoires leucocytaires, d'origine infectieuse ; aux kystes hydatiques ; et, à plus forte raison, aux abcès cérébraux de toute origine. Dans ces derniers cas (néopla-

[1] Dupré et Devaux. Endothéliome cérébral. *Soc. de Neurologie,* avril 1901. Tumeur cérébrale. *Nouvelle Icon. de la Salpêtrière,* avril 1901.

[2] Devaux. Thèse de Paris, 1901.

sies infectieuses, abcès et kystes hydatiques) les poisons émanés de la tumeur ont une double origine : *cellulaire* et *parasitaire* ou *microbienne*.

En faveur de cette hypothèse, militent un grand nombre d'arguments cliniques, physiologiques et anatomo-pathologiques.

Les *arguments cliniques* se tirent de la frappante *analogie des tableaux symptomatiques des grandes encéphalopathies toxiques* de l'urémie, du diabète, du saturnisme et du *syndrome des tumeurs cérébrales*. Ces tableaux sont tous composés des mêmes éléments : céphalée, vertiges, vomissements, amblyopie et amaurose, crises épileptiques, ictus paralytiques ; et, dans le domaine psychique : torpeur, obtusion, obnubilation intellectuelle, confusion mentale, somnolence et insomnie, états délirants oniriques, affaiblissement démentiel, coma.

Cette analogie générale des deux séries cliniques, indiquée et commentée, à propos du traitement de l'urémie cérébrale par la trépanation cranienne ou la ponction lombaire, par Babinski [1], Marie et Guillain [2], Le Gendre [3], est telle, que les erreurs de diagnostic, d'ailleurs les plus instructives, ont été commises entre les symptômes de l'urémie et ceux de la tumeur cérébrale. Le diagnostic d'urémie cérébrale a été posé dans des cas où la nécropsie a démontré l'existence d'une tumeur de l'encéphale. L'erreur inverse a été commise, notamment par Lugaro [4], dans un cas où l'urémie simula absolument une tumeur du lobe frontal et où l'autopsie révéla l'intégrité microscopique absolue de l'encéphale, et l'existence d'une néphrite scléreuse atrophique avancée. L'examen microscopique mit en évidence des lésions pigmentaires et chromatolytiques diffuses de toute l'écorce.

Babinski, Marie et Guillain essayent d'expliquer cette similitude des accidents urémiques et néoplasiques, par le mécanisme de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien. Or, si cette hypertension est réellement en cause, il est probable qu'elle a pour première conséquence des troubles dans la circulation capillaire et les échanges osmotiques de l'écorce, qui compromettent la nutrition des cellules et aboutissent indirectement à l'intoxication des éléments anatomiques. Mais, en réalité, la nature toxique des troubles cérébraux de l'urémie est bien plus démontrée que ne l'est la constance de l'hypertension intracranienne dans les tumeurs cérébrales : et il me semble plus logique de trouver une explication univoque, des symptômes communs aux tumeurs et à l'urémie cérébrales, dans l'*intoxication cérébrale*, facteur pathogénique classique, démontré, que d'aller la chercher dans l'hypertension céphalo-rachidienne, facteur pathogénique discutable, non prouvé, et dont le mode d'action se réduit d'ailleurs probablement à un mécanisme indirect d'intoxication.

D'un autre côté, il est bien établi que *toute masse néoplasique*, cancéreuse,

[1] Babinski. *Soc. de Neurologie*, avril 1901, et *Soc. méd. des hôpitaux*, mai 1901.

[2] Marie et Guillain. *Soc. méd. des hôpitaux*, mai 1901.

[3] P. Le Gendre *Soc. méd. des hôpitaux*, mai 1901.

[4] E. Lugaro. Sindrome uremica simulante un tumore di lobo frontale sinistro (*Riv. di Patol. nerv. e mentale*, mars 1900).

kystique ou inflammatoire, *sécrète des substances toxiques* d'origine et de nature multiples, variables avec le genre, l'âge, le volume, etc., de la tumeur. Ces faits, commentés avec le grand intérêt qu'ils comportent par le Pr Bard[1], ont servi à cet auteur à édifier sa théorie toxique de la cachexie cancéreuse.

Les *toxines bactériennes*, issues de néoplasies infectieuses, possèdent une virulence plus nocive encore.

Les *produits toxiques d'origine néoplasique* sont éliminés par les vaisseaux veineux et lymphatiques émanés de la tumeur : ceux-ci, comme pour les glandes vasculaires sanguines, représentent le canal excréteur de la masse



Fig. 166. — (Collection Dupré.) Vaste tumeur de la région fronto-sphénoïdale gauche (endothéliome) refoulant la substance cérébrale, qu'elle tasse sans la détruire, et nourrie par un riche réseau artério-veineux commun à l'encéphale et au néoplasme parasite.

cellulaire morbide, dont les produits de désassimilation sont ainsi directement déversés dans la circulation sanguine.

Or, lorsqu'on examine le régime circulatoire de beaucoup de tumeurs, et, en particulier des sarcomes méningés (fig. 166 et 167) on est frappé de la richesse vasculaire du bloc néoplasique et de l'abondance des réseaux artério-veineux qui l'entourent. De plus, le réseau lymphatique de la plupart des néoplasmes encéphaliques est en intime connexion avec celui de l'appareil méningé et les milieux sous-arachnoïdiens. Aussi, par ces connexions conjonctives et vasculaires, par leur régime biologique étroitement associé à celui de l'encéphale, les *tumeurs cérébrales*, pour la plupart, représentent une espèce d'*organisme supplémentaire*, une sorte de *parasite greffé sur le cerveau*.

[1] Bard. Précis d'anatomie pathologique, 2e édit. p. 35.

Intimement reliés l'un à l'autre par la communauté d'un même appareil circulatoire, qui leur constitue une seule matrice, baignés des mêmes sucs lymphatique et céphalo-rachidien, qui leur composent la même atmosphère nutritive, assujettis enfin aux mêmes conditions locales de milieu, le *cerveau* et la *tumeur*, l'*organisme normal et* l'*organisme pathologique*, mêlent, dans le même courant humoral, les produits excrémentitiels de leur dénutrition, et, vivent ainsi côte à côte, dans une *association monstrueuse*, où, nécessairement, la *masse parasitaire sans cesse grandissante du néoplasme doit tuer la substance cérébrale*.

On sait d'ailleurs que le *cerveau*, et la *substance grise*, en particulier, représente le *milieu organique le plus sensible à l'action des poisons* [1]. L'observation clinique et la médecine expérimentale y ont, depuis longtemps, localisé toutes deux le terrain électif par excellence des réactions les plus délicates et les plus précoces aux imprégnations toxiques. C'est sur cette notion générale que sont fondées les méthodes, expérimentales ou thérapeuthiques, des injections toxiques sous-dure-mériennes après trépanation, pour l'étude des poisons, et des injections intra-rachidiennes de cocaïne pour l'analgésie chirurgicale.

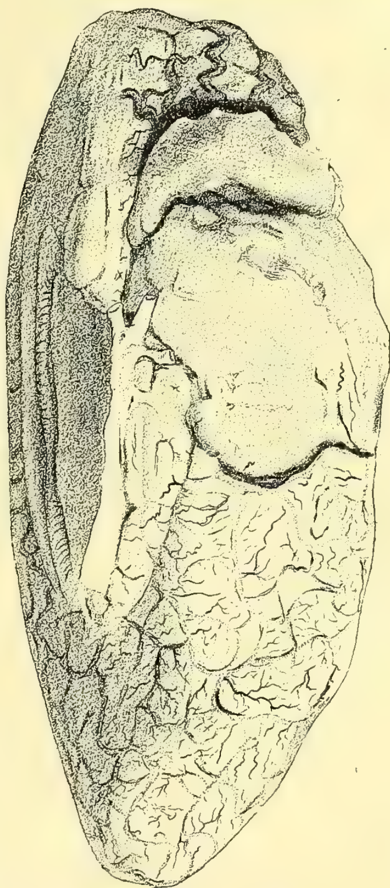


Fig. 167. — (Collection Dupré.) Même cas que figure 166. Face inférieure de l'hémisphère gauche. Cette figure et la précédente présentent une intéressante analogie avec la figure 26 du Traité *Die Geschwülste des Gehirns*, de H. Oppenheim.

Ces notions sont tellement classiques que l'on peut déclarer que, vis-à-vis des poisons faibles, la *réaction de la substance grise est une véritable pierre de touche de l'action des toxines*.

Or, beaucoup de néoplasies encéphaliques, réalisent les conditions idéales d'un *dispositif expérimental*, destiné à *injecter à petites doses*, incessamment répétées, dans la circulation cérébrale, des *toxines vivantes*, empruntées à un *néoplasme* appartenant au sujet en expérience. Au point de vue de l'influence toxique exercée sur la totalité d'un parenchyme organique par un foyer localisé en un point circonscrit de l'organe, l'encéphale représente un viscère bien spécial à cause des *conditions particulières de sa circulation* et

[1] P. G. Charpentier. Injections intracérébrales de toxines. *Thèse* Paris, 1899.

surtout à cause de la *présence et de la distribution du liquide céphalo-rachidien ;* celui-ci, vaste milieu humoral, commun aux cavités périphériques et centrales de l'axe encéphalo-médullaire, représente, au point de vue pathologique, une large *voie de communication et de diffusion,* par laquelle peuvent s'étendre de proche en proche et se généraliser, ainsi que l'ont bien montré les expériences de Péron et de Sicard, les processus infectieux et toxiques à tous les réseaux lymphatiques de l'encéphale. Les recherches de G. Guillain[1], sur la circulation lymphatique de la moelle, tendent également à montrer dans le canal épendymaire un organe assimilable à un canal lymphatique : et, d'une façon plus générale, on peut, suivant l'idée de P. Marie et de G. Guillain, penser que « peut-être, à côté des systématisations des faisceaux nerveux, il y a une systématisation de la circulation lymphatique qui éluciderait l'origine première et l'évolution de certaines affections du système nerveux ». En appliquant ces idées théoriques et ces données expérimentales à l'interprétation du mécanisme de la *diffusion, dans les milieux lymphathiques de l'encéphale, des toxines issues des néoplasmes ou des abcès cérébraux,* on éclaire le problème pathogénique de l'action à distance et du retentissement général de ces lésions circonscrites et localisées sur tout l'appareil encéphalique.

Cette hypothèse de l'*intoxication du cortex par les produits émanés des tumeurs cérébrales* a été formulée en termes explicites par P. Marie, à propos d'une observation de Sérieux et Mignot[2]. Il s'agissait de kystes hydatiques multiples disséminés de l'écorce, ayant entraîné des accidents aphasiques sensoriels, hallucinatoires, épileptiques et délirants. Dans la discussion relative à la pathogénie des accidents diffus présentés par le malade, P. Marie proposa de rattacher les troubles psychiques non pas seulement à la localisation des lésions, mais aussi à l'action sur le cerveau des toxines sécrétées par les kystes hydatiques. Szczypiorski [3], précisément à propos des troubles intellectuels engendrés par les kystes hydatiques de l'encéphale, s'était déjà demandé si le liquide céphalo-rachidien ne puisait pas certaines toxines nuisibles, au contact des vésicules hydatiques. La littérature médicale des kystes hydatiques de l'encéphale est riche d'observations confirmatives de l'hypothèse de P. Marie. Souvent, on saisit la liaison anatomo-clinique qui existe entre tel ou tel symptôme de localisation et la lésion en foyer représentée par le kyste : et, presque toujours, dans ces cas, on observe des lésions inflammatoires, chroniques ou subaiguës, parakystiques, qui traduisent la réaction locale de la méninge à l'épine irritative représentée par le kyste. Mais il faut toujours, pour *expliquer les symptômes diffus de l'affection kystique,* recourir à l'hypothèse d'une *action toxique exercée*

[1] G. Guillain. La circulation de la lymphe dans la moelle épinière. *Soc. de Neurologie de Paris,* 9 novembre 1899.

[2] Sérieux et Mignot. Surdité corticale, avec paralexie et hallucinations de l'ouïe, due à des kystes hydatiques du cerveau. *Soc. de Neurologie de Paris,* 10 janvier 1901.

[3] Szczypiorski. Entozoaires de l'encéphale. *Thèse de Paris* 1901. J. Flammarion. Étude sur les kystes hydatiques du cerveau. *Thèse de Paris* 1896.

sur le cerveau par les produits issus des kystes. La longue période, parfois indéfinie, de latence des symptômes, l'intermittence, la soudaineté, la foudroyante gravité des accidents engendrés par les kystes hydatiques du cerveau, ne peuvent guère s'accorder avec l'action pathogénique continue de la compression que ces tumeurs devraient exercer sur le cerveau : au contraire, l'histoire clinique de ces kystes cadre fort bien avec l'hypothèse de la pathogénie toxique des accidents : ceux-ci étant déterminés par des phénomènes irréguliers, intermittents, précoces ou même indéfiniment retardés, de *filtration exosmotique de toxines,* variables dans leurs doses et leur toxicité : on conçoit facilement la complexité et la délicatesse des influences qui règlent un tel déterminisme.

Quelques *considérations anatomopathologiques* peuvent être invoquées à l'appui de la théorie toxique du syndrome diffus des tumeurs cérébrales. Les documents sont rares, parce que l'examen histologique de l'écorce cérébrale n'a été pratiquée que très exceptionnellement sur des *fragments corticaux prélevés à distance des néoplasmes.*

Dans l'étude, déjà citée, que j'ai faite avec Devaux, d'un cas particulièrement intéressant d'encéphalopathie néoplasique, nous avons étudié les modifications de l'écorce dans des régions soustraites à toute action directe de la tumeur, et nous avons observé des *lésions cellulaires et péricellulaires* très analogues à celles qui caractérisent l'*histopathologie du cerveau toxi-infectieux.* Sans revenir sur la description de ces lésions, que nous avons ailleurs longuement exposée[1], nous ferons remarquer la grande analogie qu'elles présentent avec les *lésions corticales du botulisme,* telles qu'elles sont décrites par Ossipoff[2].

L'*infiltration de l'écorce par des corpuscules ronds,* de dimensions variées, de nature probablement leucocytaire ou au moins mésodermique, qui semblent jouer, vis-à-vis des cellules nerveuses, un *rôle neuronophagique,* sur lequel nous avons insisté, se retrouve assez souvent dans le processus histologique cortical de la psychose polynévritique ; cette infiltration se constate, avec l'ensemble des *altérations cellulaires chromatolytiques,* telles que nous les avons retrouvées, à différents degrés d'évolution, sur l'écorce de notre sujet : dans un cas de *coma diabétique,* nous avons constaté un ensemble de lésions corticales très analogues.

Dans sa thèse, L. Chancellay[3] donne diverses observations cliniques et histopathologiques assez complètes de *psychose polynévritique*, où Trénel et Crété ont constaté les mêmes lésions (chromatolyse et infiltration péricellulaire par des cellules rondes) dans les intoxications les plus variées ; et il consacre un chapitre au *syndrome de Korsakoff dans les tumeurs cérébrales.* La constatation de ce syndrome, d'ordre essentiellement toxique, au cours des tumeurs cérébrales, a déjà été faite par Meyer, par Mönke-

[1] Dupré et Devaux. *Loc. cit. Nouv. Icon. de la Salpêtrière,* 1901.

[2] Ossipoff. *Annales de l'Institut Pasteur,* 1900.

[3] Léon Chancellay. Contribution à l'étude de la psychose polynévritique. *Thèse* de Paris, 1901.

möller et Kaplan [1], et Chancellay en rapporte lui-même une observation : l'examen microscopique de l'écorce n'a pas été pratiqué dans le cas des derniers auteurs ; mais il est intéressant, à notre point de vue, de rapprocher les analogies cliniques des analogies histopathologiques, dans les réactions de l'écorce cérébrale aux différentes intoxications générales, exogènes et endogènes, et à l'intoxication locale d'origine néoplasique.

Il est possible que ces corpuscules soient des *plasma-zellen* (Marchalko, Nissl) : ils sont, en tous cas, caractéristiques d'un processus inflammatoire aigu ou subaigu. Nissl [2] a bien démontré la signification phlegmasique de ces éléments cellulaires, dans la paralysie générale, où ils infiltrent les gaines périvasculaires.

Nageotte a d'ailleurs, dans deux cas de tumeur cérébrale, constaté des lésions médullaires postérieures et névritiques, et l'infiltration de l'écorce par des corpuscules ronds analogues à ceux que nous avons vus nous-même. Cet auteur incline à rapporter l'ensemble des lésions diffuses à l'intoxication du névraxe par le néoplasme.

Enfin, parmi les arguments anatomiques qui peuvent être invoqués en faveur de l'origine toxique des accidents cérébraux néoplasiques, figure l'*état des nerfs optiques*. La nature et la diffusion des lésions névritiques si souvent constatées chez les sujets atteints de tumeurs cérébrales, plaident en faveur d'une *action toxique lente et continue*, exercée sur le *pédoncule optique*, par l'*adultération du milieu lymphatique et céphalo-rachidien* commun à ce pédoncule et à l'encéphale : la fréquence et la profondeur des lésions de névrite optique constatées dans les tumeurs intra craniennes peuvent s'expliquer sans doute en partie par les influences d'ordre mécanique de la compression, de l'hypertension céphalo-rachidienne [3]; mais elles peuvent aussi relever d'influences toxiques, multipliées au niveau du nerf optique par la stase lymphatique et veineuse, constatées par les ophtalmologistes. On connaît d'ailleurs la *vulnérabilité toute spéciale du pédoncule optique et de la rétine* vis-à-vis de certains *poisons* (urémie, diabète, tabac, alcool, oxyde de carbone, quinine, etc.).

Le professeur de Lapersonne [4] est revenu, à plusieurs reprises, sur la pathogénie de la névrite optique dans les affections cérébrales ; de la critique des diverses théories proposées par Schmidt et Manz, Leber et Deutschmann Parinaud, Rochon-Duvigneaud, Dupuy-Dutemps, etc., et de l'interprétation de sa vaste expérience personnelle, le professeur de Lapersonne conclut,

[1] Mönkemöller et Kaplan. Syndrome de Korsakoff et lésions médullaires dans un cas de tumeur cérébrale (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, octobre 1899).

[2] Nissl. *Loc. cit. Congrès de Stuttgart*, 1903.

[3] Dupuy-Dutemps. Pathogénie de la stase papillaire dans les affections intra-craniennes. *Thèse Paris* 1900. Régression complète de la stase papillaire à la suite d'une simple craniectomie. *Société d'Ophtalmologie de Paris*, 2 décembre 1902. Babinski. Stase papillaire guérie par la trépanation cranienne. Discussion : Dupré, Babinski, etc., *Soc. de Neurologie*, février 1901.

[4] De Lapersonne. De la névrite optique dans les maladies de l'Encéphale. *Leçons de la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. Gazette des Hôpitaux*, 15 avril 1902.

avec Parinaud, à un *mécanisme pathogénique complexe*, dans lequel interviennent un *élément circulatoire*, de nature *mécanique*, nécessaire pour expliquer la stase hydropique de la gaine du nerf, et un *élément toxique* (néoplasmes) ou *infectieux* (affections microbiennes), plus rapidement destructeur des fibres optiques. Cette conclusion éclectique, qui concorde absolument avec la complexité réelle des processus pathogéniques, est particulièrement intéressante à consigner ici.

Il me semble donc qu'à la suite des considérations cliniques, anatomiques et histopathologiques que je viens d'exposer, et dont presque toutes les observations de tumeurs cérébrales représentent, chacune à leur manière, un intéressant commentaire, il est logique d'invoquer, à côté des autres causes jusqu'ici admises, un *facteur pathogénique d'une haute importance*, capable d'expliquer beaucoup des éléments du syndrome des tumeurs cérébrales ; ce facteur pathogénique est l'*intoxication de l'encéphale, et principalement de la substance grise et des nerfs optiques, par les toxines issues des néoplasmes* (sarcomes, kystes hydatiques, abcès, gommes, etc.).

A cette hypothèse, qui repose, on le voit, sur de solides arguments, fait défaut le *contrôle expérimental*. Celui-ci est, en l'espèce, d'une application nécessairement incomplète, fort difficile et presque stérile. Les effets cliniques, les conséquences histopathologiques, observés chez l'homme dans l'histoire des tumeurs cérébrales et comparés aux encéphalopathies toxiques valent encore mieux que les résultats qu'on pourrait obtenir chez l'animal en injectant, dans des conditions artificielles, non comparables à celles de la maladie, des sucs néoplasiques sous la dure-mère ou dans la circulation cérébrale. Les résultats obtenus dans une expérience aussi factice seraient eux-mêmes d'une interprétation bien délicate, et la plupart d'entre eux ne seraient pas applicables à la pathologie humaine (troubles psychopathiques, céphalée, etc. etc.).

Klippel, dont les intéressants travaux sur l'auto-intoxication cancéreuse du système nerveux[1] doivent être rappelés ici, est le seul des auteurs qui formule explicitement, dans un récent article[2], la théorie pathogénique de l'intoxication cérébrale, pour expliquer la symptomatologie des tumeurs de l'encéphale. Il ajoute que : « il y a même parfois plus qu'auto-intoxication par les produits de la tumeur ; il peut y avoir infection cérébrale secondaire, aiguë, développée autour de la tumeur et déterminant là un maximum de lésions inflammatoires. »

C'est à ces *lésions secondaires* qu'il convient de rapporter la soudaine explosion, au cours de l'évolution lente d'une tumeur cérébrale souvent latente, d'accidents fébriles, convulsifs ou délirants et comateux, souvent mortels. Maux de têtes, convulsions, délire, fièvre et coma sont un ensemble de signes appartenant à l'infection cérébrale aiguë. Maux de tête, convulsions et délire, mais sans fièvre, ressortissent souvent aux auto-intoxications (Klippel).

[1] Klippel. Les accidents nerveux du cancer. *Arch. gén. de médecine*, 1899.
[2] Klippel. Tumeurs cérébrales. *Traité de Brouardel-Gilbert*, t. VIII.

Mönkemöller et Kaplan[1] ont d'ailleurs invoqué la possibilité de l'origine toxique des accidents dans leur cas de tumeur du lobe temporal à forme de psychose polynévritique. Bunge, [2] ainsi que je l'ai appris par la lecture du livre de P. Schusten, aurait formulé également une hypothèse analogue, en invoquant le facteur : *Ablage von schädlichen Stoffwechsel oder Zersetzungsprodukten*. P. Schusten admet volontiers cette hypothèse, dans les cas où la tumeur se traduit par un ensemble symptomatique analogue à celui des intoxications. Oppenheim[3], qui mentionne seulement notre opinion, déclare ne pas y souscrire. E. Müller[4], dans un travail dont j'ai plus haut donné les conclusions, discute au contraire la possibilité de la pathogénie toxique des accidents des tumeurs, et invoque à l'appui de cette thèse les observations de Fütterer.

Depuis la publication de notre mémoire, j'ai eu la satisfaction de voir mon hypothèse de l'intoxication de l'encéphale par les toxines néoplasiques discutée et admise, dans l'interprétation pathogénique des accidents des tumeurs cérébrales, par divers auteurs, notamment par Lannois et Porot[5], A. Vigouroux[6], Rogues de Fursac[7].

Ainsi, la *pathogénie des accidents diffus*, et particulièrement des *troubles psychiques des tumeurs cérébrales* me paraît devoir être rapportée à un ensemble de causes très variées : compression cérébrale, hypertension céphalo-rachidienne, troubles circulatoires, lésions locales concomitantes ou secondaires, infection de voisinage, intoxication de l'écorce par les produits cellulaires et microbiens de la néoplasie. Et l'étude des tumeurs cérébrales autorise à attribuer à l'*intoxication du cortex* le rôle de cause occasionnelle importante dans le développement des troubles psychiques, soumis dans leur apparition et leurs modalités aux lois de la prédisposition héréditaire et acquise de chaque malade.

ENCÉPHALOPATHIES
SCLÉREUSES CHRONIQUES DE L'ADULTE

3. TABES

Il est classique de citer, à propos de l'anatomie pathologique du Tabes, les deux cas dans lesquels Jendràssik a constaté dans l'écorce des circonvolutions occipito-temporales du cerveau, l'*atrophie des fibres tangentielles*, la présence de quelques *corps granuleux* et un certain degré de *sclérose névroglique*. Ces

[1] Mönkemöller und Kaplan. *Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie*. Bd. LVI, p. 706.

[2] Bunge. Lehrbuch der Physiologie, 1901.

[3] Oppenheim. *Loc. cit.*, p. 66.

[4] E. Müller. *Zeitschr. f. Nervenheilk*. Bd. XXI. eft 3-4.

[5] Lannois et Porot. Un cas de tumeur cérébrale à forme psychoparalytique et à évolution fébrile. *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, octobre 1902.

[6] A. Vigouroux. Etat mental dans les tumeurs cérébrales. *Revue de Psychiatrie*, février 1903.

[7] Rogues de Fursac. *Manuel de Psychiatrie*, 1903.

lésions, analogues à celles que Tuczek a découvertes chez les paralytiques généraux, et qui représentaient pour Jendràssik l'altération primitive et la plus importante du Tabes, ont été retrouvées, notamment par Nageotte, dans des cas où la diffusion des lésions et des symptômes imposent le diagnostic de la coexistence, sur le même névraxe, du tabes et de la paralysie générale.

En dehors de ces cas, d'*affection tabéto-paralytique* complexe, les anatomo-pathologistes ne signalent, dans le cerveau et particulièrement dans l'écorce, aucune lésion spéciale au tabes (Nageotte, Philippe et Decroly).

Les tabétiques purs, ceux chez lesquels on ne peut soupçonner l'existence de lésions paralytiques, ne présentent que rarement des troubles psychiques. Déjerine et Thomas, dans leur savant article [1], n'y font aucune allusion et Pierre Marie [2], dans son magistral Traité, s'exprime ainsi : « Dans la majorité des cas, la mentalité des tabétiques est bonne, aussi bonne qu'avant leur maladie, quoi qu'en disent quelques auteurs. Regardez autour de vous, Messieurs, et jugez : il n'est pas de carrière libérale qui, de notoriété publique, ne regorge de tabétiques en pleine possession de leurs facultés intellectuelles : tel est musicien applaudi, tel autre est homme de lettres de premier ordre, celui-ci homme d'Etat, celui-là homme d'affaires, j'entends de grandes affaires. Pour ne citer que les morts : le peintre Manet était tabétique, Henri Heine était tabétique, et n'oublions pas, Messieurs, qu'à Bapaume, Faidherbe l'était déjà. Après cette énumération, véritable martyrologe, vous m'accorderez, je pense, que les troubles de l'intelligence ne sont pas l'accompagnement ordinaire de l'ataxie locomotrice ».

Telle est, en effet, la règle ; lorsqu'il ne se complique pas de paralysie générale, le Tabes évolue presque toujours sans troubles intellectuels.

L'apparition, chez un tabétique, de troubles intellectuels, d'ordre démentiel ou délirant, de nature maniaque ou mélancolique, doit toujours éveiller le soupçon d'altération cérébrale relevant soit de la syphilis, soit de la paralysie générale. En dehors de ces concomitances morbides, il est exceptionnel d'assister au développement d'accidents vésaniques au cours du Tabes. Appartenant néanmoins à la famille névropathique, le tabétique peut, sous des influences banales (alcoolisme, surmenage, etc.), offrir les réactions variées, dans leurs modalités affectives ou délirantes, de la *dégérescence mentale,* et présenter un accès passager de manie ou de mélancolie, une bouffée délirante transitoire, etc.

J'observe en ce moment dans mon service un tabétique malade depuis sept ans, actuellement ataxique, qui a déjà subi deux internements, de plusieurs mois chacun, à deux ans d'intervalle, pour des accidents délirants, à forme de persécution, d'origine alcoolique. Le malade ne boit plus depuis plusieurs années et ne présente plus aucun trouble mental. Ce sujet, strabique depuis l'enfance, manifestement prédisposé aux accidents psychopathiques,

[1] Déjerine et André Thomas. Art. Maladies de la moelle. *Traité de Brouardel-Gilbert*, t. IX, 1902.

[2] P. Marie. Leçons sur les maladies de la moelle, Paris, 1892.

évolue cependant dans son tabes depuis bien longtemps, sans verser dans la paralysie générale.

Ces éventualités épisodiques d'ailleurs rares, et étrangères, en réalité, à la pathologie du tabes, prouvent néanmoins que le cerveau des tabétiques peut supporter les assauts répétés d'une intoxication grave, et même, révéler à cette occasion, sa vulnérabilité particulière, sans offrir de prise au processus de la paralysie générale.

P. Marie oppose à la rareté des troubles intellectuels chez les tabétiques, la fréquence de certains *troubles moraux* : un état d'apathie, d'indifférence, ou au contraire d'irritabilité marquée. Le même auteur insiste sur la *rareté du suicide* chez les tabétiques, en dépit des douleurs atroces qui les torturent parfois.

Tous les médecins qui observent de nombreux ataxiques connaissent, en effet, l'état de *relative indifférence*, dans lequel vivent, par rapport à leur incurable affection, les malades, au moins ceux qui sont hospitalisés.

Les *tabétiques de la clientèle de la ville* diffèrent, à cet égard, notablement des *tabétiques de l'hospice* et de l'hôpital. Les malades de la ville, appartenant à un monde plus cultivé et mieux averti, montrent plus d'impatience et d'inquiétude et manifestent, vis-à-vis de leur situation pathologique, des *réactions morales*, dont le médecin doit tenir grand compte dans son traitement. A l'hôpital, le tabétique est, en général, un malade tranquille, et lorsqu'il ne souffre pas, presque indifférent, dans ses réactions spontanées, à son sort.

Nombre d'ataxiques sont sujets, à l'hôpital comme en ville, à certains *troubles de l'émotivité*. Parmi ceux-ci (obsessions, idées fixes, phobies), un des plus fréquents et des plus intéressants est la *phobie*, localisée, par la nature même de l'affection, à la sphère de l'*équilibre dans la station debout et la marche :* beaucoup de tabétiques deviennent ainsi stasobasophobiques.

Cette *stasobasophobie* [1], qui diffère complètement de l'astasie-abasie hystérique, est une simple variété, appliquée à la marche et à la station, de ces troubles psychiques complexes, à base émotive constante et fondamentale, à contenu intellectuel variable et secondaire, qui sont une des caractéristiques cliniques de la mentalité des dégénérés, et dont le mécanisme relève de l'exagération et du déséquilibre continuels de l'émotivité.

L'*implantation et la culture de l'idée fixe basophobique* résultent de l'irruption et du séjour dans la conscience, à la faveur des troubles sensitifs et ataxiques du tabes, de la conviction de l'impotence des membres inférieurs.

Ce syndrome émotif, qui, chez les tabétiques, est assez fréquent et peut revêtir les aspects et les degrés les plus variés, représente une des formes de la *stasobasophobie associée à des lésions de l'appareil locomoteur*. Dans ces formes, où l'on impute souvent au processus tabétique l'impotence fonctionnelle qui relève en réalité de la *phobie associée ou tabes*, il faut faire avec soin

[1] E. Dupré et P. Delarue. Stasobasophobie. *Congrès de Limoges*, 1901. P. Delarue. Stasobasophobie. *Thèse Paris*, 1901.

le *départ, dans le complexus clinique, du processus tabétique et de la phobie superposée.*

La stasobasophobie peut reconnaître, dans certains cas, parmi ses facteurs étiologiques occasionnels, l'imitation, la *contagion psychique* par auto-suggestion, particulièrement à l'hôpital, ou dans les lieux fréquentés par de nombreux tabétiques à diverses périodes d'évolution (villes d'eaux, consultations neurologiques, etc.). Le traitement de la phobie par la rééducation de la marche donne dans ces cas d'assez bons résultats.

Enfin, parmi les troubles psychiques observés chez les tabétiques, il faut accorder ici une brève mention aux *accidents hystériques et neurasthéniques.*

L'*Hystérie* s'associe souvent au tabes, surtout chez les femmes. Cette *association hystéro-tabétique,* riche en troubles surajoutés à ceux de la série tabétique, dans les domaines de la sensibilité et de la motilité, est remarquablement pauvre en accidents psychopathiques proprement dits. Je ne mentionne ici l'intervention de l'hystérie, qu'en raison de la nature psychique de ces accidents, qui témoignent de perturbations encore mal connues, et d'ailleurs souvent latentes, de l'automatisme psychologique et des éléments inconscients de la mentalité.

L'association du tabes avec la *neurasthénie* est plus fréquente, surtout chez les hommes, et particulièrement chez les malades cultivés, les artistes, les médecins, etc. La réunion des accidents tabétiques et des troubles neurasthéniques, sur lesquels je n'insiste pas, compose un *tableau clinique,* très variable suivant les cas, et qui peut simuler de fort près celui de la *paralysie générale post-tabétique.*

La ressemblance entre les deux tableaux cliniques est encore plus loin poussée, lorsque le tabes se complique d'*hystéro-neurasthénie* : en pareil cas, certains des accidents hystériques simulent les signes somatiques de la paralysie générale, notamment la dysarthrie ; et il faut une analyse minutieuse des éléments des différents syndromes tabétique, hystérique et neurasthénique pour éviter une erreur de diagnostic et de pronostic.

Certains tabétiques neurasthéniques deviennent nosophobes et *hypochondriaques:* chez ces malades, surtout chez les médecins, se développe parfois un *état mélancolique* au cours duquel le tabétique peut se *suicider.*

Pour terminer l'énumération des troubles psychiques observés chez les tabétiques, il faut mentionner la fréquence, chez ces malades, des *associations toxiques* à l'affection tabétique.

Sans insister ici sur l'*alcoolisme,* qui peut *compliquer, simuler* ou *masquer la paralysie générale* associée au tabes, je signale les troubles psychiques surajoutés au tabes par l'usage habituel, et à doses croissantes, de la morphine et de la cocaïne. On observe, en pareil cas, les multiples conséquences de ces intoxications chroniques : les effets toxiques (hallucinations, délires, dépression et diminution intellectuelle, etc.) du *morphinisme* et du *cocaïnisme,* et les états anxieux de besoin de la *toxicomanie.*

Taboparalysie générale. — J'ai jusqu'ici passé rapidement en revue les

troubles psychiques dus, chez les tabétiques, à l'association au processus myélopathique, de la dégénérescence mentale, des états phobiques, hystériques, neurasthéniques, enfin des intoxications. Il s'agit là d'*associations morbides* variées, dont la clinique nous montre la fréquence et l'intérêt, mais étrangères, par leur nature, à la pathologie du tabes. Il reste à signaler, en lui accordant l'extrême importance qui lui est due, la *grande source des psychopathies tabétiques,* c'est-à-dire la *méningo-encéphalite chronique diffuse* de la paralysie générale.

Je n'insiste pas ici sur les rapports nosologiques du tabes et de la paralysie générale. L'étude de cette question, exposée ailleurs [1], permet de considérer la coïncidence ou la succession des deux affections sur le même sujet, non pas comme une association de deux maladies différentes, mais comme la réunion, sur le même névraxe, de processus reliés par les plus étroites affinités étiologiques, cliniques et évolutives.

Quelle que soit l'opinion doctrinale que l'on professe sur les rapports nosologiques des deux affections, la clinique permet de distinguer, au point de vue spécial des troubles psychiques du tabes, deux catégories de cas : 1° Le tabes parcourt toute son évolution sans avoir jamais présenté le moindre trouble psychique paralytique ; 2° Le tabes se complique, à un moment donné, de symptômes paralytiques.

La première série de faits, étudiés dans les lignes précédentes, comprend la grosse majorité des cas de tabes, formés par le nombreux contingent des vieux tabétiques d'hospice. Beaucoup de ces malades, au déclin de leur affection, présentent une *diminution intellectuelle* manifeste : et souvent un examen psychologique approfondi décèle chez eux un affaiblissement démentiel, qui demeure latent et dont une plus longue survie démontrerait peut-être la nature paralytique. Ces inductions de la clinique s'éclairent singulièrement des constatations anatomo-pathologiques faites par certains auteurs, « Lorsqu'un tabétique meurt sans avoir présenté de symptômes mentaux bien appréciables, on peut trouver dans son cerveau la lésion de la paralysie générale, et il est probable que ces cas sont fréquents. » Cette affirmation de Nageotte [2], qu'il faut rapprocher des constatations positives de Jendrassik, tendrait à faire considérer comme plus fréquentes qu'on ne le croit les lésions paralytiques, au moins initiales, chez les tabétiques.

La seconde série de cas comprend les faits qu'on peut grouper sous le vocable de *Taboparalysie générale.* Le processus paralytique et le processus tabétique se déroulent alors dans une évolution à peu près contemporaine, ou le premier vient compliquer et aggraver le second, à une phase initiale ou au moins peu avancée de son développement.

Il n'est pas rare d'assister à l'*éclosion de la paralysie générale chez un tabétique peu avancé :* il est exceptionnel au contraire de voir un tabétique très ancien devenir paralytique général. « Il semble même que plus le tabes

[1] Voyez Article Paralysie générale, p. 997, 1014 et 1047.
[2] Nageotte. Tabes et paralysie générale. *Thèse* Paris, 1893.

est ancien, moins il a de chances de se compliquer de paralysie générale. » (Déjerine et Thomas). L'extrême diversité de forme, de siège et d'évolution du processus tabétique, l'inégalité de résistance du cortex et de ses enveloppes, la variété des aptitudes pathologiques individuelles, rendent compte de la différence des localisations, aux divers étages du névraxe, du poison pathogène du tabes et de la paralysie générale.

Il n'existe pas de relations entre telle ou telle variété clinique (tabes moteur, sensitif, trophique, mixte), topographique (tabes dorso-lombaire, cervico-bulbaire), ou évolutive (tabes rapide, rémittent, lent; tabes précoce, tardif), du tabes et la complication méningo-encéphalique secondaire, qui permette de prédire la probabilité ou l'improbabilité d'apparition, au cours du tabes, de la paralysie générale. Une seule exception semble devoir être formulée en faveur de la *variété amaurotique du tabes :* on sait d'ailleurs l'heureuse signification pronostique que comporte la dégénération grise du pédoncule optique, vis-à-vis de l'évolution générale du tabes (Bénédikt, Déjerine et Martin, etc.). La loi semble s'appliquer à la complication paralytique, car on compte les exemples de tabétiques aveugles devenus paralytiques généraux. Perpère [1] donne, dans son excellente thèse, trois observations de tabétiques, aveugles par atrophie papillaire, devenus, par la suite, paralytiques généraux : chez ces sujets, le tabes, de date ancienne, s'était amélioré à la suite du développement de l'amaurose.

Les localisations initiales les plus inférieures du tabes ne garantissent pas le malade contre l'extension ascendante du processus morbide aux étages supérieurs du névraxe. On n'en saurait citer de plus probant exemple que le cas d'ailleurs classique du *Tabes du cône terminal,* rapporté par Ingelrans [2], étudié par Déjerine et Thomas [3], et que j'ai observé à la Salpêtrière dans le service du professeur Déjerine. Il s'agit d'une femme qui inaugura le début de son tabes par le syndrome des lésions du cône terminal, avec intégrité des réflexes achilléens et rotuliens, et signe d'A. Robertson. Au cours des quatre années suivantes, l'extension du processus tabétique s'affirmait par la disparition des réflexes tendineux, le signe de Romberg, des troubles radiculaires sensitifs dans les bras, de l'ataxie, etc. ; plus tard encore, survenait une paralysie de la corde vocale gauche. Enfin, dans la cinquième année, se produisait, chez la malade en voie de cachexie tabétique, une fracture spontanée de la clavicule, et l'apparition d'un *syndrome paralytique manifeste* (état démentiel progressif, délire absurde et incohérent de grandeur et d'érotisme, excitation intermittente, etc.). Ce cas apparaît, dans son évolution générale, comme un exemple de *tabes médullo-cérébral ascendant;* et, si l'on voulait évoquer ici la grossière assimilation établie entre la moëlle et un cordon nerveux, par Byron-Bramwell, qui appelait le moëlle le nerf spinal, on pourrait

[1] E. Perpère. Étude des associations tabéto-paralytiques. *Thèse* Paris, 1903.

[2] Ingelrans. Etude clinique des formes anormales du tabes dorsalis. *Thèse de Paris,* 1897, observ. XLIII. (Travail du service de Déjerine).

[3] Déjerine et Thomas. Art. Tabes. *Traité de Brouardel-Gilbert.*

rapprocher l'*évolution ascensionnelle de ce tabes, du processus des névrites ascendantes.*

Je renvoie, pour l'étude plus détaillée des rapports du Tabes et de la Paralysie générale, à l'article : Paralysie générale.

4. SCLÉROSE EN PLAQUES

La sclérose en plaques compte, parmi ses symptômes constants, des troubles psychiques, extrêmement variables dans leur intensité et leur nature, dont la description, en raison même de la diversité de leurs caractères, est fort malaisée. Charcot[1] est revenu à maintes reprises, dans ses leçons, sur la fréquence et l'importance de ces troubles, sur la difficulté du diagnostic entre la sclérose en plaques et la paralysie générale, et sur la nécessité d'étudier les *formes mentales* de la sclérose en plaques. Souques[2], rappelant les paroles de son maître, a insisté à nouveau sur cette question, et cité un exemple de confusion diagnostique entre la sclérose en plaques et la paralysie générale. Sander[3] (de Frankfurt a. M.), n'est donc pas dans la vérité historique, lorsque, à propos de l'étude histologique d'un cas de sclérose en plaques, il reproche à Charcot d'avoir méconnu les lésions corticales de la maladie, et d'avoir ainsi détourné l'attention des observateurs de ce côté intéressant de l'histoire anatomopathologique de la maladie.

La conclusion qui se dégage des récentes recherches entreprises avec les techniques modernes sur l'écorce cérébrale dans la sclérose en plaques, est formulée avec netteté par Cl. Philippe et Jonès[4]. De l'étude détaillée de trois cerveaux, ces auteurs concluent : à la constance des *lésions corticales*, à la présence de plaques sous-piemériennes, intratangentielles, intraradiaires, centrovalaires et mixtes, à différents stades d'évolution ; à l'importance des lésions de *méningite corticale,* à caractère fibroplastique et bourgeonnant, sans endartérite ni endophlébite ; à l'intensité de la prolifération névroglique au début du processus sclérogène, et à la raréfaction, d'ordre ischémique et nécrobiotique probable, de ce tissu de sclérose aux stades avancés du processus : enfin,ils insistent sur les *modifications morphologiques et structurales, des cellules pyramidales.* Ces cellules subissent un *processus d'atrophie pigmentaire,* analogue à celui que, dès ses premières recherches, Charcot avait signalé dans les grandes cellules radiculairesde la corne antérieure de la moelle.

L'existence de ces *lésions méningo-corticales*, dans la sclérose en plaques, constitue un *substratum anatomique* intéressant aux troubles psychiques de l'affection.

[1] Charcot. Leçons du mardi, *passim,* et *Semaine médicale,* 1892.

[2] Souques. *Soc. de Neurologie de Paris,* novembre 1899.

[3] Sander. Hirnrindenbefunde bei multipler Sklerose. *Monatschr. f. Psych. u. Neurologie,* t. IV, p. 427, 1898.

[4] Cl. Philippe et Jonès, Étude anatomo-pathologique de l'écorce cérébrale dans la sclérose en plaques. *Soc. de Neurologie,* novembre 1899.

Les *plaques scléreuses du corps calleux*, qui sont fréquentes, jouent aussi un rôle important dans la pathogénie des symptômes mentaux de la maladie.

Le polymorphisme symptomatique de la sclérose en plaques (forme cérébrale, cérébelleuse, bulbaire, spinale ; paraplégique, hémiplégique ; frustes, mixtes, etc.), est commandé par le caractère essentiellement typique et irrégulier de la distribution et de l'étendue des lésions. Mais il est de règle de constater, à un moment donné de l'évolution des formes les moins cérébrales de la maladie, des troubles psychiques, subordonnés à l'ensemble des *déterminations corticales et calleuses de cette encéphalomyélite disséminée chronique.*

Ces troubles psychiques sont surtout d'*ordre démentiel.* Ils consistent dans un affaiblissement inégal et irrégulièrement progressif de l'intelligence, (mémoire, attention, association des idées, jugement) dans un état d'indifférence morale et de désintéressement affectif; on a constaté parfois, mais rarement, de la dépression mélancolique.

Chez beaucoup de malades, on observe de la *sensiblerie*, une *exagération de l'émotivité,* qui se manifeste dans les détails de la vie journalière, et contraste avec l'indifférence foncière du ton affectif vis-à-vis de l'entourage, du milieu et des événements importants. En outre, il existe de la *tendance au rire et au pleurer spasmodiques,* surtout au rire ; à un rire saccadé, incoercible, pouvant dépasser, dans sa durée et son intensité, toutes limites, et provoquer la cyanose et l'imminence de l'asphyxie (Oppenheim, Marie). Le rire spasmodique revêt, en somme, ici, les mêmes caractères que dans le syndrome pseudo-bulbaire ; non seulement il se manifeste sous la même forme, mais il relève des *mêmes conditions pathogéniques générales,* représentées, dans la sclérose en plaques comme dans les foyers disséminés de l'encéphalomalacie artériopathique (athérome, syphilis artérielle, etc.) par des lésions bilatérales, circonscrites, situées sur les *faisceaux conducteurs de l'innervation psychomimique,* dans le centre ovale, la capsule interne et le bulbe.

Comme dans le syndrome pseudo-bulbaire, les altérations psychoréflexes de la mimique sont juxtaposées, mais non inhérentes aux troubles psychiques de la maladie. Ceux-ci peuvent être minimes, et les troubles de l'expression mimique très marqués ; ou inversement, le rire et le pleurer spasmodiques être presque nuls, et l'intelligence profondément atteinte ; cette dissociation, sur laquelle j'ai insisté, à propos des pseudo-bulbaires, a été expressément indiquée dans la sclérose en plaques par Pierre Marie.

Entre les accès de rire spasmodique, les scléreux en plaques ont une expression assez particulière ; leur *regard* est *vague* (Charcot), à cause de leurs troubles oculaires (amblyopie, diplopie intermittente, etc.), et leur *masque facial* souvent *inerte,* indifférent.

Il faut ajouter, à ces particularités mimiques, la notion de la *dysarthrie,* si spéciale à ces malades, dont la parole est lente, monotone, scandée, spasmodique, explosive, et celle des *troubles de l'écriture,* qui sont comme le graphique du *tremblement intentionnel,* si spécial à ces malades ; enfin, il faut mentionner la fréquence des *vertiges* et des *ictus apoplectiques et épileptiques,* avec élévation de la température (Giraudeau).

L'affaiblissement démentiel, inégal et variable, dans la sclérose en plaques, est lentement et irrégulièrement progressif. Comme dans la paralysie générale, il s'accompagne assez souvent d'*optimisme* et d'un contentement qui peut s'exagérer jusqu'au délire mégalomaniaque. Les *idées de grandeur*, d'ailleurs passagères, sont vagues, incohérentes, de nature démentielle. Ce sont là des *incidents épisodiques banals*, au cours de l'évolution irrégulière et le plus souvent fort lente, d'une *démence organique* dont nous connaissons actuellement le substratum et le siège anatomiques. Aux stades ultimes de cette évolution démentielle, le gâtisme, les eschares, la cachexie, les troubles de la déglutition, un ictus apoplectique, une affection intercurrente, emportent les malades.

Cl. Philippe et Cestan [1], dans des recherches personnelles qui ont porté sur trente cas de sclérose en plaques, dont onze histologiquement vérifiés, ont constaté l'ensemble de ces troubles démentiels, émotifs et psychoréflexes, mais avec une rareté relative, qui les a engagés à reprendre l'étude critique des observations jusqu'ici publiées, surtout en Allemagne, de sclérose en plaques à forme mentale. Ces auteurs aboutissent à la conclusion que l'ensemble de ces cas, notamment les 104 observations du travail de Daunenberger [2], est une collection de faits disparates, souvent incomplètement observés, dont plusieurs ressortissent très probablement à la paralysie générale, aux encéphalopathies infantiles, et aux associations de la sclérose en plaques à des psychoses dégénératives, à formes diverses.

Les conclusions de Philippe et Cestan, à peu près conformes à celles qu'avait déjà formulées Vulpian dans ses leçons sur la sclérose en plaques, mettent en évidence l'inconstance, l'irrégularité, le polymorphisme des troubles mentaux dans une maladie, qui représente précisément le type d'une affection irrégulière et polymorphe dans ses lésions.

La *recherche soigneuse des troubles psychiques*, dans toute sclérose en plaques, s'impose donc au clinicien désireux de se rendre un compte exact de l'étendue et de la topographie des lésions : cette enquête le conduira souvent à reconnaître une *sclérose cérébro-spinale, avec participation du cortex*, dans des cas où, faute d'examen psychiatrique, on n'aurait soupçonné que la forme spinale de l'affection, ou une simple variété de myélite transverse.

Le *diagnostic* est souvent délicat entre *certaines formes mentales de scléroses en plaques* et la paralysie générale ou certaines encéphalopathies syphilitiques. Ce problème est discuté au chapitre de la Paralysie générale. On peut d'ailleurs observer l'association de la sclérose en plaques et de la paralysie générale.

Je signale enfin l'association si fréquente de l'*hystérie* avec la sclérose en plaques. La superposition de la psychonévrose à l'affection organique se traduit par l'addition de troubles variés, surtout sensitifs, au tableau morbide.

[1] Cl. Philippe et Cestan. *Mémoire déposé pour le prix Civrieux à l'Académie de médecine*, 1903.

[2] Daunenberger. *Inaug. Dissertation. Giessen*, 1901.

Les cas les plus difficiles sont ceux où l'*hystérie seule* est en jeu et simule de toutes pièces la sclérose en plaques. A cette catégorie de faits appartiennent les observations célèbres de Westphall[1], où la nécropsie ne révéla aucune lésion chez des sujets qui avaient présenté le syndrome de la sclérose en plaques. Ces faits curieux, qui démontrent avec quelle exactitude, avec quel art, l'hystérie peut imiter la plupart des maladies du système nerveux, et tout particulièrement la sclérose en plaques (Pierre Marie), posent le problème de la nature de l'hystérie et des rapports de cet état morbide avec la pathologie dynamique et organique. Cette question, la plus haute et la plus obscure de la neuropsychologie, ne peut être abordée ici. Au point de vue pratique, la recherche des stigmates hystériques, l'étude de l'évolution, etc., contribueront à éclairer le diagnostic. La *ponction lombaire* ne peut donner ici de renseignement décisif, surtout dans les cas où l'examen cytodiagnostique reste négatif : la lymphocytose faisant défaut dans les scléroses à lésions centrales.

La *neurasthénie,* sous ses formes dépressives, s'associe souvent, avec ou sans hystérie, à la sclérose en plaques.

La *simulation,* consciente, volontaire et intéressée, de la sclérose en plaques, peut être tentée, et avec succès, par certains sujets, imbéciles moraux, demi-intelligents, persévérants, et désireux d'arriver par ce procédé à la réforme du service militaire, à l'hospitalisation indéfinie, au transfert de la prison à l'hôpital, etc. Le *diagnostic,* en pareil cas, se fera par l'observation continue et discrète du malade, par les pièges tendus à l'ignorance et au zèle des simulateurs (suggestion de symptômes, etc.), par l'examen du fond de l'œil, etc. Il faut savoir que quelques-uns de ces simulateurs peuvent déjouer par leur habileté et leur obstination, les efforts du médecin le plus instruit; si celui-ci n'a pas la pratique de ces anormaux vicieux, qui savent mettre au service de leurs intérêts des facultés d'imitation et une force de volonté extraordinaires.

5. ENCÉPHALOMYÉLOPATHIES DIVERSES

J'ai consacré une étude spéciale à la revue des troubles psychiques qu'on peut observer au cours du Tabes et de la Sclérose en plaques, à cause de la fréquence de ces maladies et de l'intérêt théorique et pratique que présente leur séméiologie mentale. Réservant pour la syphilis et la tuberculose des chapitres particuliers, j'indiquerai très brièvement les symptômes psychiques, à la vérité bien secondaires dans le tableau morbide, qu'on peut rencontrer au cours de quelques autres affections cérébro-spinales de l'adulte.

Sclérose latérale amyotrophique.

Cette affection, découverte et établie en 1865 par Charcot, est constituée anatomiquement : par la dégénérescence systématique de tous les neurones

[1] Westphall. *Archiv. für Psychiatrie,* Bd. XIV.

moteurs (premier et second étages, et neurones intercalaires, cellules des cordons) ; et cliniquement : par l'association de la paralysie et de la contracture à l'amyotrophie progressive de la poliomyélite antérieure d'Aran-Duchenne. Beaucoup d'auteurs ne font aucune mention des troubles psychiques dans le cours de cette affection, toujours fatale, dont la durée varie entre quelques mois (formes rapides) et quelques années (formes lentes). L'existence de lésions cérébrales, entrevues par Koschewnikoff, et démontrées, dès 1883, par P. Marie (démyélinisation des fibres du centre ovale des circonvolutions, atrophie des cellules pyramidales du cortex), fait déjà présumer la possibilité de troubles psychiques, au cours de l'affection. L'auteur qui les a le mieux recherchés et remarqués, est précisément celui qui a le plus insisté sur l'importance des lésions de l'écorce rolandique, P. Marie.

« Les fonctions psychiques sont-elles altérées au cours de la sclérose latérale amyotrophique ? La plupart des auteurs disent non ; je ne saurais être de leur avis ; j'aurais même une tendance à considérer ces troubles non seulement comme très fréquents dans cette affection, mais encore comme constituant un des symptômes ordinaires de celle-ci. A proprement parler, cette altération des fonctions psychiques ne se manifeste pas par des désordres très bruyants, qui s'imposent à l'observateur ; mais si l'on se donne la peine de les chercher, on trouvera d'une façon à peu près certaine une propension à rire et à pleurer sans motif valable ; l'émotivité se montrera extrêmement exagérée ; en outre, tout l'habitus intellectuel et moral du malade aura pris un aspect enfantin : sa crédulité, sa niaiserie seront parfois tout à fait singulières. — Enfin, vous constaterez quelquefois, surtout à la période initiale, des phénomènes de *neurasthénie*. » (P. Marie)[1]. Le même auteur, après avoir indiqué ces symptômes d'affaiblissement intellectuel au cours de la sclérose latérale amyotrophique, rapproche, dans une courte revue de leurs affinités anatomiques et cliniques, la sclérose latérale amyotrophique et les formes de paralysie générale, dans lesquelles on observe une dégénération des faisceaux pyramidaux limités à la moelle.

Cette *diminution des facultés psychiques* est certainement, comme l'indique P. Marie, un fait constant dans cette affection ; mais, variable suivant les cas, et, le plus souvent, latent dans son expression, l'affaiblissement intellectuel passe presque toujours inaperçu.

Lenmmalen[2], Hoche[3], Mott[4], ont publié des cas de sclérose latérale amyotrophique, dans lesquels l'examen microscopique a montré l'extension des lésions dégénératives aux fibres centrovalaires du faisceau pyramidal et jusque dans l'écorce grise.

[1] Pierre Marie. Leçons sur les maladies de la moelle, 1892.

[2] Lenmmalen. Beitrag till Kaennedornen om den amyotrofisha lateralsklerosen (*Upsala läkore fören. förh.*, 1887, t. XXII, f. 7, p. 299).

[3] Hoche, Zur Pathologie der bulbärspinalen spastisch-atrophischen Lähmungen (*Neur. Centralbl.*, 1897).

[4] Mott. A case of amyotrophic lateral Sclerosis with degeration of the mot. from the Cortex to the periphery (*Brain*, 1895).

Dans un cas de Probst[1], cette dégénération s'étendait, dans le cortex, jusqu'aux cellules ganglionnaires, dont la plupart étaient altérées ou disparues. Ces *lésions corticales*, qui présentaient leur maximum dans le *lobe frontal* (frontale ascendante et pieds des première et seconde frontales), intéressaient surtout les *cellules géantes de Betz*, la couche des *grandes cellules pyramidales*, et les *fibres radiées de projection* : au contraire, les fibres tangentielles étaient relativement indemnes. *Les fibres du corps calleux* étaient dégénérées, surtout dans la partie supérieure de cette commissure.

Sarbo[2] a constaté, dans un cas de sclérose latérale amyotrophique à début vraisemblablement bulbaire, des altérations manifestes des *fibres tangentielles* de l'écorce. Le malade présentait de l'affaiblissement démentiel. Spil-



Fig. 168. — (Collection Raymond). Pleurer spasmodique dans un cas de sclérose amyotrophique, avec affaiblissement démentiel. — Remarquer le caractère grimaçant du facies pleurard (masque bulbaire).

ler[3] a observé, dans un cas, la dégénération des fibres calleuses, des fibres pyramidales, des fibres tangentielles et l'infiltration pigmentaire des cellules corticales.

Raymond[4], de qui je tiens la communication de ces faits si intéressants, a

[1] Probst. Zu den fortschreitenden Erkrankungen der motorischen Leitungsbahnen (*Archiv. für Psych. u. Nervenkr.* 1898).

[2] Sarbo. Beitrag zur Symptomatologie und pathologischen Histologie der amyotrophischen Lateralsklerose (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk*) 1898.

[3] Spiller. A case of amyotr. lat. Scler. (*Contribut. from the W. Spiller Labor of clin. med. Philadelphia*, 1900).

[4] Raymond. Clinique des maladies du système nerveux, t. VI, 1903 (en préparation).

lui-même, dans son service en ce moment, trois malades atteints de Sclérose latérale amyotrophique, qui présentent du rire et du pleurer spasmodiques, de l'exagération de l'émotivité et un *léger affaiblissement démentiel* (fig. 168).

Il existe évidemment un rapport entre ces troubles psychiques et les lésions cérébrales intéressant non seulement l'*appareil de projection,* dès ses origines, mais encore, dans les fibres tangentielles et les fibres calleuses, l'appareil d'association au niveau des substances corticale et sous-corticale. Il semble résulter de quelques observations (Schlesinger [1], Parrot [2]), qu'on peut constater, dans la sclérose latérale amyotrophique, du rire et du pleurer spasmodiques sans lésions cérébrales et dépendant des seules lésions bulbaires. L'origine bulbaire du trouble mimique se marque par le caractère grimaçant irrégulier du facies.

Toutes ces constatations anatomocliniques confirment les premières observations de P. Marie et démontrent la fréquence du syndrome psychopathique, d'ordre démentiel, de la maladie de Charcot.

Syringomyélie.

La syringomyélie est et reste presque toujours une affection médullaire, dont les limites supérieures ne dépassent pas celles du bulbe. Comme presque toutes les myélopathies chroniques, la syringomyélie peut se compliquer d'*associations morbides,* les unes organiques, telles que le tabes, ou de méningo-myélites de type varié, les autres dites dynamiques, telles que l'hystérie, l'épilepsie, la chorée. Parmi ces associations, deux intéressent particulièrement l'aliéniste : ce sont : la *paralysie générale* et les *psychoses.*

L'association *syringomyélo-paralytique* a été signalée par Magnan, Fürstner et Zachner, Köberlein, O. Carrol, Gianelli, Popow, Oppenheim, Galloway, Joffroy. Relativement rare, elle peut être reconnue soit pendant la vie des malades, soit seulement à l'autopsie. Dans le premier cas, le syringomyélique succombe dans un syndrome qui fait soupçonner l'intervention d'un processus méningoencéphalopathique surajouté à l'affection médullaire ; dans le second cas, la lésion syringomyélique, demeurée cliniquement latente durant la vie du malade, n'est découverte qu'à l'examen nécroptique de la moelle.

L'association *syringomyélo-vésanique,* en dehors des cas épisodiques de délire toxique ou infectieux intercurrent, n'aurait pas d'histoire, si, dans un récent et substantiel article, Pierre Marie et Guillain [3] n'avaient inauguré

J'adresse ici au Pr Raymond mes respectueux remerciements pour l'obligeance avec laquelle il a bien voulu me communiquer, avant leur publication, tous les éléments de ses leçons, relatifs à ce sujet.

[1] H. Schlesinger. Zur Kentniss atypischer Formen der amyotrophischen Lateralsklerose mit bülbären Beginne, *Arbeiten aus d. neurol. Institut an der Wiener Universität* 1900. S. 154.

[2] Parrot. Les variations de la spasmodicité dans la sclérose latérale amyotrophique. *Thèse*, Paris, 1903.

[3] P. Marie et G. Guillain. Les troubles psychiques dans la syringomyélie. *Soc. de Neurologie*, 15 janvier 1903.

ce chapitre de neuropsychiatrie, en publiant cinq cas de syringomyélie compliqués d'accidents vésaniques, d'ailleurs indépendants de toute étiologie toxique ou infectieuse saisissable.

Un des malades eut trois mois avant sa mort des idées de persécution avec hallucinations ; un second s'est pendu, après avoir présenté pendant cinq ans un délire religieux ; un troisième présenta, six mois avant sa mort, des idées de persécution et de l'affaiblissement démentiel ; un quatrième eut de l'excitation psychique avec érotisme ; un cinquième, durant trois mois avant sa mort, présenta des alternatives d'excitation et de calme, avec hallucinations, délire polymorphe et confusion mentale.

« Toutes ces observations montrent qu'avec une très grande fréquence les troubles psychiques se rencontrent chez les syringomyéliques à une phase avancée de leur affection. Ces troubles psychiques ont une valeur pronostique intéressante à connaître, puisque, dans les cas que nous avons observés, ils se sont montrés à la phase terminale de l'affection. Ils peuvent d'ailleurs avoir par eux-mêmes un pronostic grave, puisqu'un de nos malades s'est suicidé. » (P. Marie et Guillain).

Redlich a relaté un cas de mélancolie chronique chez un syringomyélique. La pathogénie de ces accidents vésaniques paraît devoir être rapportée, au moins dans quelques cas, à l'action, dans un cerveau prédisposé, de processus toxi-infectieux autochtones, développés dans l'organisme, peut-être dans les centres nerveux malades eux-mêmes ; cette auto-intoxication expliquerait à la fois l'apparition ultime et la grave signification pronostique des troubles psychopathiques, avant-coureurs de la mort.

Dans les formes de *syringomyélie hydromyélique*, avec dilatation des ventricules cérébraux, les lésions encéphaliques sont analogues à celles de l'*hydrocéphalie*, et provoquent les mêmes réactions psychopathiques (Voyez : *Encéphalopathies infantiles*).

Myopathies chroniques, centrales ou périphériques, convulsives ou atrophiques.

Je groupe sous ce titre général la longue série des affections chroniques, qui comprend d'un côté, toutes les variétés d'*amyotrophie progressive*, spinale ou myopathique, et de l'autre, toutes les variétés de *myoclonie*.

Au point de vue de la nosographie analytique, ces espèces morbides, surtout si on les considère dans leurs termes extrêmes, offrent plus de différences que d'analogies : mais au point de vue de leurs rapports généraux avec la psychopathologie, toutes ces espèces morbides représentent les membres d'une grande famille, celle de la *dégénérescence*, *souvent héréditaire ou familiale, du système neuro-musculaire;* or ce système est constitué, dans chacune de ses unités composantes, d'*étages superposés d'éléments anatomiques, cérébraux*, *médullaires*, *nerveux et musculaires,* qui du centre à la

périphérie nous apparaissent solidaires dans leur fonctionnement et leur nutrition; cette solidarité qui relie, d'un pôle de l'organisme à l'autre, les fibres musculaires de la périphérie aux centres psychomoteurs rolandiques de l'écorce cérébrale, a pour substratum anatomique toute une série d'organes : cellule pyramidale du cortex, et son prolongement qui traverse le centre ovale, la capsule, le pédoncule, la pyramide, et le faisceau pyramidal ; cellule kinésodique et trophique de la corne antérieure, et son prolongement, qui constitue le nerf périphérique, et enfin plaque nerveuse terminale et muscle. Ainsi se constitue, par la superposition des deux grands neurones principaux, le neurone corticomédullaire et le neurone médullo-musculaire, la *grande voie anatomique de la fonction locomotrice*, à laquelle il faut ajouter, pour les *fonctions connexes de l'équilibration*, la *voie cortico-ponto-cérébello-spinale*

Sur les principaux points de ce long trajet anatomique, origine corticale du système, relais cérébelleux, point de départ médullaire du myoneurone, enfin, terminaisons musculaires, cet *appareil psycho-myélo-neuro-moteur* peut, en vertu de lésions congénitales ou acquises, subir des dégénérescences, dont le processus s'exprime dans les tableaux cliniques bien connus des *atrophies musculaires progressives*, myélopathiques et myopathiques, de la *sclérose latérale amyotrophique*, des *atrophies bulbaires, cérébelleuses*, etc. Dans une autre série de cas, dans lesquels les lésions sont souvent frustes ou insaisissables, ce même appareil psycho-neuromoteur exprime sa souffrance par les syndromes si variés des affections *myocloniques* (paramyoclonus multiplex, chorées électriques, tics, tremblements fibrillaires, etc.), *myotoniques* (maladie de Thomsen, maladie de Parkinson, tétanies, etc.), *choréiques* (chorées de Sydenham, de Huntington), etc.,

En vertu des étroites relations qui unissent, dans leur activité ontogénique, nutritive et fonctionnelle, le système nerveux central et l'appareil musculaire, les affections dégénératives de ce dernier s'accompagnent souvent de troubles intellectuels qui traduisent l'insuffisance ou la déséquilibration congénitales du cerveau psychique. Ainsi se réalisent, par l'association de troubles psychopathiques aux affections myopathiques, des combinaisons variées qui traduisent la dégénérescence de l'être, à la fois dans l'équilibre fonctionnel et nutritif de son système neuromusculaire, et dans l'équilibre de ses fonctions psychiques ; et se constitue un groupe naturel d'affections dont le A. Joffroy [1] a dernièrement tracé une étude d'ensemble, sous le terme générique de *myopsychies*.

Le travail de Joffroy, et la thèse de Fabre [2], sur les rapports de la *Myopathie primitive progressive*, montrent la fréquence des troubles cérébraux chez les jeunes myopathiques. Duchenne de Boulogne [3] proclama le premier explicitement, dans son travail initial, sous le titre de : *Paraplégie hyper-*

[1] A. Joffroy. Des myopsychies (Association des troubles musculaires et des troubles psychiques). *Revue Neurologique*, 15 avril 1902.

[2] Fabre. *Thèse de Montpellier*, 1896-97.

[3] Duchenne de Boulogne. Electrisation localisée. 2e *édition*, Paris, 1861.

trophique de l'enfance de cause cérébrale, l'association psychopathique qu'on relève le plus fréquemment dans la myopathie primitive : la *débilité mentale*. Deux observateurs italiens, Da Conte et Gioia, avaient il y a déjà longtemps, en 1836, signalé la faiblesse intellectuelle des enfants atteints de paralysie à forme pseudo-hypertrophique. Les observations ultérieures de Schutzenberger (1862), Benedickt (1864), Jules Simon (1882), Pierre Marie et Guinon (1885), de Vizioli (1886), Borsari (1888), Menut, Pilliet, Spitzka (1890-92), Sacara Fulbure (1894), Londe et Meige (1897), Pennato, Moussous, Minor, Léonard (1898), Thomas Barlow, F. E. Botten (1899), Sancte de Sanctis (1900), etc., mettent toutes en évidence l'insuffisance du développement des facultés intellectuelles chez les myopathiques. Cette agénésie psychique est beaucoup trop fréquente pour qu'on n'y voie, comme Gowers et Oppenheim, qu'une complication : elle existe, dans les statistiques de Vizioli, 18 fois sur 50 ; de Mme Sacara Fulbure, 11 fois sur 13. On relève d'ailleurs chez les myopathes infantiles beaucoup d'autres stigmates de dégénérescence. Nombre d'auteurs insistent sur les imperfections concomitantes de l'élocution, les troubles de la parole. Duchenne de Boulogne les constate chez ses premiers malades ; Guthrie [1] a décrit, dans un cas de paralysie pseudo-hypertrophique, un trouble du langage, qu'il désigne sous le nom d'*idioglossie :* le malade, très débile, substituait les consonnes les unes aux autres et des sons de voyelles à certaines consonnes. On connaît du reste la fréquence des dyslalies de tout genre chez les dégénérés, surtout les débiles. Ces altérations de la parole ne sont d'ailleurs chez eux que l'expression de vices congénitaux de l'appareil psycho-neuro-moteur de l'élocution.

On peut observer, chez ces myopathiques, outre la débilité mentale congénitale, l'apparition ultérieure de psychoses variées, d'ordre dégénératif, comme chez le malade étudié par A. Joffroy, ou celle de Westphall, qui a observé, chez une jeune fille myopathique, une psychose circulaire avec alternatives de diabète insipide et d'oligurie.

Mme Sacara Fulbure [2] a noté la fréquence, chez les myopathes pseudo-hypertrophiques, de l'augmentation du corps thyroïde et de l'hyperidrose des extrémités.

Si les troubles psychiques, surtout d'ordre agénésique, sont fréquents chez les myopathiques jeunes, ils paraissent plus rares au cours des amyotrophies progressives de l'adulte.

La lésion pathogène est ici de siège spinal et d'apparition beaucoup plus tardive : ces deux conditions peuvent expliquer la différence des rapports qui existent entre la dégénérescence mentale et les diverses variétés d'amyotrophie. Ce contraste n'avait pas échappé à Duchenne de Boulogne, qui, en 1868, revenait sur ses premières conclusions de 1861, relatives à l'origine cérébrale des atrophies musculaires, parce que « dans un certain nombre

[1] Guthrie. *Société harvéienne de Londres* (1898), cité par A. Joffroy dans son article sur les myopsychies.

[2] Sacara Fulbure. Studiu clinic asupra paralisici pseudo-ipertrofica. *Thèse de Bucarest*, 1893.

de cas, aucun phénomène cérébral ne s'était montré dans le cours de la maladie[1] ».

Dans ces cas, le neurone spinomusculaire, dans son point de départ, au niveau de la corne antérieure, ou plus rarement à son point d'arrivée au niveau de sa fusion avec la fibre musculaire, est seul intéressé par le pro-

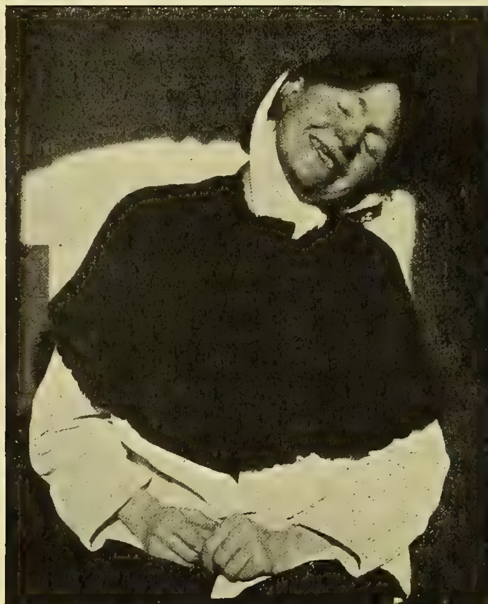


Fig. 169. — (Collection Dupré.) Femme de quarante-cinq ans, atteinte d'affaiblissement démentiel avancé, précoce, d'origine et d'évolution antérieures inconnues, sans lésions cérébrales en foyer, sans hallucinations, ni délire ; présentant continuellement, dans son maintien, ses gestes, les jeux de sa physionomie, etc., des attitudes maniérées, des mouvements contournés, des poses, dans lesquelles tantôt elle minaude comme une coquette, tantôt elle boude comme une enfant, tantôt elle semble s'absorber dans de sévères méditations. L'expression du masque, les modalités de l'habitus varient plusieurs fois par minute, et composent ainsi à la malade une mimique extrêmement mobile, mais dont les divers aspects se répètent incessamment. Ceux-ci sont la reproduction stéréotypée de jeux mimiques, qui traduisaient jadis des états psychiques correspondants, mais qui aujourd'hui, sans substratum affectif ou intellectuel saisissable, se succèdent sur le visage et dans les attitudes de la malade, comme les restes d'un automatisme psychoréflexe qui se meut à vide. Au cours de la démence, ces *stéréotypies* représentent, dans le domaine de la psychoréflectivité, la survivance de l'élément moteur à l'élément psychique.

cessus dégénératif; et en pareil cas, on comprend l'absence de toute participation du cerveau, et particulièrement des territoires psychiques, au syndrome morbide.

On peut ainsi observer toute l'évolution clinique de l'atrophie musculaire progressive, de la paralysie labio-glosso-laryngée, chez des malades qui gar-

[1] Duchenne de Boulogne. *Archives de médecine*, 1868, cité par A. Joffroy, *loc. cit.* (*Rev. neurol.*, 1902).

dent intactes jusqu'à la fin leurs facultés mentales. Les malheureux assistent ainsi à la marche de leur affection, à la fonte de leurs muscles, et à l'imminence de leur agonie, avec une remarquable lucidité intellectuelle ; et parfois, comme il arrive chez les médecins, c'est en pleine connaissance de cause que le malade, calculant, d'après les progrès de l'amyotrophie, l'ascension du processus médullaire, suppute les derniers délais d'une vie qui analyse les signes avant-coureurs et comprend le mécanisme de sa fin.

La *maladie de Thomsen* compte, au nombre de ses symptômes importants, un état psychique, fait de légère dépression mélancolique habituelle, plus ou moins prononcée, d'irritabilité du caractère et d'exagération de l'émotivité ; ces troubles affectifs étaient très marqués dans la famille de Thomsen ; aussi cet auteur a-t-il été porté à exagérer l'influence de cet état sur les phénomènes musculaires. Lamy[1], dans une judicieuse remarque, fait observer qu'il est plus vraisemblable d'admettre que l'infirmité physique retentit sur le moral, chez ces malades sans cesse préoccupés des conséquences, parfois critiques et toujours désagréables, de leur affection.



Fig. 170. — (Collection Dupré.) Même malade que figure 169. Remarquer ici, comme sur la figure précédente, le torticolis mental habituel à la malade. Cette femme présentait, outre les curieuses *stéréotypies* plus haut mentionnées, de légers *mouvements choréiques*, et des *tics* d'attitudes, qui composaient à la démence un cadre psychomoteur tout à fait spécial.

La *maladie de Parkinson*, qui mérite, à cause de son caractère myotonique, de n'être pas omise ici, compte, dans ses parentés comme dans ses associations morbides, un dossier psychopathique qu'ont bien mis en lumière les travaux de Ball[2], Déjerine[3], et les observations de Lorain, Lasègue, Althaus, Huggard, Parant, Roger, Wille, Béchet, etc. On trouvera l'étude psychopathologique des Parkinsonniens dans l'article de Dutil.

Les *chorées* de Sydenham et de Huntington appartiennent nosologiquement au groupe des affections dégénératives de l'appareil psycho-neuro-moteur (Charcot, Joffroy). Je n'insiste pas ici sur les troubles psychiques si fréquents qui les accompagnent : ceux-ci sont passés en revue aux chapitres des Névroses et des Démences.

Les *tics*, dans leurs innombrables modalités de siège, de forme, d'aspect, d'associations morbides, représentent une des manifestations psychomotrices les plus fréquentes de la dégénérescence mentale. Les *stéréotypies* du geste, de l'attitude, etc., rentrent également dans la catégorie des perturbations de

[1] H. Lamy. Maladie de Thomsen. T. X du *Traité de Brouardel-Gilbert*.
[2] Ball. *Congrès de Londres*, 1881.
[3] Déjerine. De l'hérédité en pathologie nerveuse. *Thèse d'agrégation*, Paris, 1886.

la psychomotricité associées aux affections mentales : elles caractérisent le plus souvent les phases avancées des processus démentiels, précoces ou vésaniques (voir les figures 169 et 170, et les légendes qui les accompagnent). L'étude de ces troubles moteurs psychopathiques, dont on trouvera le détail dans le remarquable ouvrage de H. Meige et Feindel[1], est exposée à l'occasion de la séméiologie générale.

6. ENCÉPHALOPATHIES CHRONIQUES DE L'ENFANCE

Considérations générales. — Les enfants, depuis le début de la vie embryonnaire jusqu'à la naissance et depuis la naissance jusqu'à la puberté, sont exposés, sous des influences pathogènes multiples, d'ordre héréditaire, congénital ou acquis, de nature traumatique, infectieuse, toxique ; à des lésions encéphaliques extrêmement nombreuses et variées, dans leur siège, leur étendue, leur profondeur, etc., qui compromettent non seulement le fonctionnement actuel, mais encore et surtout le développement futur du système nerveux central. Aussi presque toujours ces enfants deviennent-ils, lorsqu'ils survivent à leur maladie, des infirmes chez lesquels, suivant l'intensité et les caractères du déficit intellectuel et moteur secondaire, on peut reconnaître l'étendue, le siège et souvent la nature des lésions causales.

L'étude de ces lésions, inaugurée par Cazauvielh, Lallemand et Cruveilhier, continuée et singulièrement approfondie par Cotard, a été par Bourneville et ses élèves, de 1875 à nos jours, enrichie de précieux documents et de découvertes capitales. Les travaux de Strümpell, Freud, Kundrath, Pierre Marie, Brissaud ont apporté à cette question des faits intéressants et des vues nouvelles.

La majeure partie des Encéphalopathies infantiles (Brissaud), datant de la vie intra-utérine (*encéphalites fœtales*, *agénésies*, etc.), ou de la naissance (*dystocie*), ou des premiers mois de l'existence (*encéphalopathies toxi-infectieuses des nourrissons*, etc.), ont pour expression clinique des troubles paralytiques et spasmodiques de la motilité, et des symptômes de *déficit psychique*, qui sont plus ou moins accusés et demeurent souvent définitifs et incurables. Les *troubles moteurs* affectent la forme hémiplégique ou diplégique, s'accompagnent de contractures, d'atrophie secondaire des membres impotents, fréquemment d'athétose et de chorée, enfin et plus tard d'épilepsie. Les *troubles psychiques*, qui consistent en un arrêt, plus ou moins précoce et plus ou moins complet, du développement intellectuel, se résument dans le tableau de l'*idiotie, dont les innombrables formes correspondent aux innombrables variétés des encéphalopathies causales*.

Je n'étudierai pas l'Idiotie, qui fait l'objet d'un autre chapitre de ce Traité. Je rappellerai seulement ici, dans ses grandes lignes, la classification de Bourneville, à laquelle son principe anatomique assigne une place naturelle dans une étude des Psychopathies d'origine organique.

[1] Henry Meige et Feindel. — Les Tics et leur traitement, Paris, 1902.

Bourneville distingue, à la base du syndrome des Idioties, les dix grandes formes anatomiques suivantes :

1° La *méningite chronique*, caractérisée par l'épaississement, la symphyse et l'inflammation végétante des trois méninges, une encéphalite corticale, sous-pie-mérienne, destructive ; la diffusion des lésions, etc.

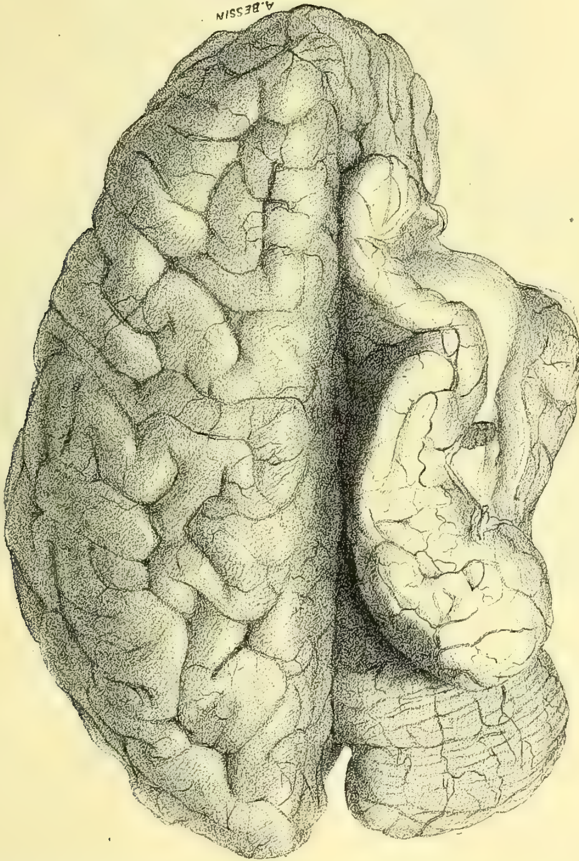


Fig. 171. — (Collection Dupré.) Diplégie cérébrale infantile avec idiotie. Mort à vingt-deux ans, en état de mal épileptique. Hémiplégie gauche par agénésie hémisphérique droite. Hémiplégie droite par lésion pédonculaire gauche, survenue à sept ans. État démentiel et aphasique datant de la constitution de la diplégie.

2° La *méningo-encéphalite chronique,* dans laquelle les lésions atrophiques et ulcéreuses du cortex, avec adhérences méningées, les lésions épendymaires etc., rappellent le processus de la paralysie générale.

3° L'*arrêt simple de développement,* dans lequel, sans atrophie ni diminution sensible de poids, sans lésions méningées notables, le cortex présente une simplicité anormale de ses sillons et circonvolutions, et une agénésie manifeste de ses cellules ganglionnaires.

4° La *sclérose atrophique,* avec ses différentes variétés, d'atrophie diffuse parenchymateuse, ou d'atrophie localisée à un lobe, plusieurs lobes, symétrique ou non, avec coïncidence ou non de lésions de méningo-encéphalite sur l'autre hémisphère.

5° La *sclérose hypertrophique*, avec ses îlots tubéreux, irréguliers, multiples, de sclérose parfois cavitaire, compliquée souvent de méningo-encéphalite.

6° La *porencéphalie vraie,* avec son porus infundibuliforme, commu-

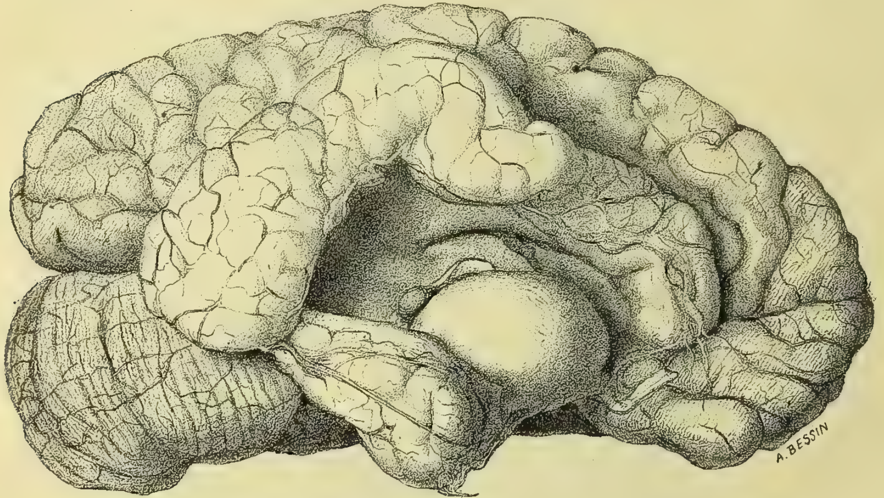


Fig. 172. — (Collection Dupré.) Même pièce que la figure 171. Agénésie de l'hémisphère droit et du corps calleux. Porencéphalie vraie. Hydrocéphalie. Atrophie pédonculo-pyramidale correspondante. Pas d'atrophie cérébelleuse appréciable. Aucune lésion du crâne ni des méninges. Poids de l'encéphale = 680 grammes : du cerveau seul, 550 grammes.

niquant avec le ventricule latéral; la disposition rayonnée, l'état lisse, des circonvolutions inclinées vers le fond du cratère, dont la base est recouverte du voile pie-mérien intact et la cavité pleine de liquide céphalo-rachidien.

7° La *pseudoporencéphalie,* avec ses cavités kystiques, secondaires à des foyers corticaux d'hémorrhagie, de ramollissement, et ses caractères de lésion acquise, opposés à ceux de l'anomalie congénitale de la vraie porencéphalie.

Les figures 171 et 175 représentent un exemple remarquable de la lésion porencéphalique vraie, portée à son maximum, et caractérisée par une agénésie presque totale de l'hémisphère porencéphalique.

8° Le *myxœdème congénital,* avec ses circonvolutions fœtales, gélatiniformes, et l'ensemble des altérations trophiques, dues à l'absence de la glande thyroïde (fig. 173).

9° La *microcéphalie*, avec l'arrêt de développement scléreux, méningi-

tique, kystique, tératologique du cerveau, et la réduction secondaire de volume et d'épaisseur de la boîte cranienne.

10° L'*hydrocéphalie*, avec l'énorme dilatation du crâne, le refoulement et l'aplatissement extrêmes du manteau cortical par l'épanchement intraventri-



Fig. 173. — Idiotie myxœdémateuse. La malade a vingt-cinq ans, mesure $0^{m},74$ de taille et pèse $13^{kg},800$. Absence complète de corps thyroïde. Température axillaire : 36°. Caractère doux, capable d'attachement pour ceux qui s'occupent d'elle. Irritable par instants, coquette (bagues, rubans dans les cheveux) et sensible aux compliments, auxquels elle répond par des baisers. Jalouse de ses compagnes : trépigne si on sert celles-ci avant elle. Exprime ses besoins par des grognements et quelques signes, et comprend certaines conversations élémentaires. (Observation et photographie communiquées par le Dr Leroy, d'Évreux).

culaire, les lésions fibro-végétantes de méningite ventriculaire, et les altérations constantes d'encéphalite diffuse, probablement primitive (Bourneville, Philippe et Oberthür).

Toutes ces *encéphalopathies infantiles*, ont trois grands caractères communs ; au point de vue *anatomique*, elles ont pour substratum l'appareil méningo-cortical ; au point de vue *étiologique*, elles apparaissent dès le début de la vie, et arrêtent ainsi le développement ultérieur de l'encé-

phale; au point de vue *clinique,* elles se traduisent par le syndrome de l'idiotie.

Suivant le degré, l'étendue et la précocité des lésions, l'*idiotie* est complète et *absolue* (1er degré) ou *profonde* (2e degré) ou plus ou moins *atténuée,* réalisant alors les différents types d'*imbécillité,* de *débilité mentale,* d'*arriération intellectuelle.*

Ces diverses variétés d'*agénésie psychique* ne se distinguent pas seulement par la notion quantitative de leur *degré;* elles diffèrent encore par les *formes cliniques très nombreuses* qu'elles revêtent, et qui correspondent à l'inégalité des atteintes portées à chaque département fonctionnel de la sphère psychique. Ainsi s'expliquent, dans le domaine des idioties, les *modalités qualitatives innombrables du syndrome* (idioties intellectuelle, affective, morale ; perversion des instincts, conservation ou hypertrophie paradoxale de certaines aptitudes, de certaines facultés, etc.). Les lésions de la corticalité et de la sous-corticalité motrice, celles des tractus sensoriels, créent les *variétés d'idiotie* hémiplégique, diplégique, athétosique, choréique, épileptique, amaurotique, etc.

*
* *

Outre ces encéphalopathies précoces dont les lésions, diffuses et profondes, entraînent un *arrêt de développement psychique* plus ou moins complet, il existe un grand nombre d'*affections cérébro-spinales,* particulières à l'*enfance et à la jeunesse,* qui comportent, parmi leurs symptômes, une atteinte plus ou moins marquée, tantôt très légère, tantôt très profonde, des facultés psychiques. Le *vaste groupe des encéphalopathies infantiles* dénommées : diplégies, hémiplégies, paraplégies spasmodiques infantiles, maladie de Little, tabes spasmodique de l'enfance, etc. ; comprend bien des espèces anatomo-cliniques, sur les rapports réciproques desquelles discutent les neurologistes; mais les aliénistes, considèrent les choses du point de vue psychologique, doivent envisager ces affections en bloc, comme une *grande famille morbide,* dont les types hétérogènes, d'ailleurs reliés entre eux par toutes les *transitions,* établissent le passage entre les *encéphalopathies précoces diffuses* et profondes qui entraînent, chez l'*enfant,* l'*idiotie,* et les *encéphalopathies tardives, circonscrites* et souvent légères qui chez les *adultes,* n'apportent à l'intelligence qu'une atteinte nulle ou négligeable.

Parmi ces affections cérébrales, beaucoup revêtent les caractères de *maladies familiales,*

Au milieu du vaste ensemble des maladies nerveuses héréditaires, édifié par Lucas, Morel, Charcot, Magnan, Möbius, le groupe des *affections familiales* déjà entrevu par Adams (1814) avait été nettement distingué par Charcot, Marie, bien établi par Féré [1], dans son travail fondamental, par Déje-

[1] Féré. La famille névropathique; théorie tératologique de l'hérédité et de la prédisposition morbides et de la dégénérescence, 2e *édition,* Paris, 1898.

rine [1] dans sa thèse classique, par Jendrassik [2], Higier [3], par Londe [4], Pauly et Bonne [5], Raymond, Lorrain [6], etc.

Sans insister ici sur les variétés vésaniques proprement dites des psychopathies familiales (psychoses systématisées, périodiques ; vésanies gémellaires; folie suicide) je rapproche des affections plus haut énumérées (hérédo-ataxie cérébelleuse, maladie de Friedreich, etc.), les idioties et les démences familiales.

La terminologie si variée, par laquelle les auteurs ont essayé de définir un des plus frappants caractères de ces affections, met précisément en lumière l'importance de cette notion de la *nature hérédo-familiale* de ces maladies, et la difficulté de la définir avec précision. On lira à ce sujet avec profit les pages dans lesquelles, comme préambule à sa thèse, Londe expose la conception de la pathologie familiale,

Obéissant aux lois de l'hérédité homochrone et homotopique ; étiologiquement indépendantes des influences pathogéniques acquises; frappant plusieurs enfants de générateurs souvent indemnes eux-mêmes de toute affection similaire, présentant enfin dans leur symptomatologie des traits bien particuliers, les *maladies nerveuses familiales* semblent résulter d'un *arrêt de développement d'un système physiologique,* préparé par un *fonctionnement imparfait ou anormal de ce système dans les générations antérieures.* Le legs héréditaire semble ici constitué non pas par une vague prédisposition, mais par un trouble fonctionnel déterminé, dont la transmission provoque, chez les descendants, un arrêt de développement avec lésions secondaires, dans la sphère anatomique et fonctionnelle perturbée. Le système fonctionnel intéressé sera tantôt *un des départements de la motilité* volontaire, centrale ou périphérique (diplégies cérébrales, paraplégies familiales, etc., amyotrophies familiales, etc.), tantôt le *système de l'équilibration* (hérédo-ataxie cérébelleuse, maladie de Friedreich), tantôt les *voies optiques* (atrophie héréditaire de la papille, idiotie amaurotique, etc.), tantôt enfin la *sphère psychique* (démences familiales, psychoses gémellaires, etc.).

Ces considérations générales sur le caractère familial de certaines de ces affections ont un grand intérêt pour l'aliéniste, qui ne saisit souvent la raison de l'existence et de la forme des troubles morbides observés chez les individus que dans l'*enquête généalogique* et dans l'étude de l'*hérédité.*

Beaucoup de ces encéphalopathies, ni héréditaires, ni familiales, relèvent

[1] Déjerine. *Thèse d'agrégation,* 1886.

[2] Jendrassik. Ueber die Paralysis spastica und uber die vererbten Nervenkrankheiten im Allgemeinem. *Deutsch. Archiv für klin. Med.* Bd. 58, p. 136, 1897. — Zweiter Beitrag zur Lehre der vererbten Nervenkrankheiten. *Ibid.* Bd. 61, p. 187, 1898.

[3] Higier. Ueber die seltenen Formen der hereditären und familiären Hirn und Rückenmarks Krankheiten. *Deutsch. Zeit. für Nervenheilkunde.* Bd. IX, 1896.

[4] Londe. Maladies familiales du système nerveux. De l'hérédo-ataxie cérébelleuse. *Thèse de Paris,* 1895.

[5] Pauly et Bonne. *Revue de médecine,* 1897.

[6] Lorrain, Contribution à l'étude de la paraplégie spasmodique familiale. *Thèse de Paris,* 1898.

de *lésions traumatiques ou inflammatoires de l'écorce*, d'origine intra-utérine ou dystocique, ou d'*agénésie cortico-pyramidale* due à la naissance avant terme de l'enfant.

Tissier [1] a cherché à résoudre, par des documents statistiques, la question de savoir dans quelle mesure un *accouchement anormal*, c'est-à-dire prématuré ou déterminé par une opération obstétricale, etc., pouvait être la cause de troubles cérébraux ultérieurs chez l'enfant. Si l'on prend en bloc un groupe de sujets atteints de lésions cérébrales remontant à l'enfance, tels que des idiots, des épileptiques, des hémiplégiques, des paraplégiques et des hydrocéphales et qu'on considère les conditions dans lesquelles s'est fait l'accouchement qui leur a donné naissance, la réponse ne paraît guère douteuse. En effet, sur 900 malades examinés dans ce but dans le service de Bourneville, Tissier a vu que, dans une proportion de 22 p. 100, une anomalie dans l'accouchement s'était produite, tandis que dans la statistique générale de la maternité Baudelocque, par exemple, on ne rencontrait une anomalie obstétricale que dans 11,65 p. 100 des cas. Les *accouchements anormaux* semblent donc être *deux fois et demi plus nombreux chez les idiots* que chez les enfants sains.

Si on prend en particulier chacun des désordres cérébraux étudiés, on voit que l'idiotie simple, les paralysies spasmodiques, l'hydrocéphalie peuvent indifféremment être la conséquence de ces lésions obstétricales, sans qu'aucune anomalie spéciale puisse être rendue responsable d'accidents spéciaux.

D'autre part, en étudiant en particulier les anomalies de l'accouchement prématuré, on voit que c'est l'accouchement prématuré qui est responsable, dans la plus forte proportion, des accidents constatés ; et ce n'est pas pour la simple raison que le développement intra-utérin a été interrompu avant terme ; c'est plutôt parce que l'encéphale, ses vaisseaux et ses enveloppes, encore trop friables et insuffisamment protégés par le crâne mal ossifié, sont davantage exposés aux traumatismes inévitables de l'accouchement le plus normal.

Mais il est un poiut en particulier qui ressort bien des recherches de Tissier : c'est qu'il est une cause ayant une influence importante, complexe et particulièrement liée aux anomalies de l'accouchement : ce sont les *dystrophies héréditaires* imposées aux fœtus par les *infections* ou les *intoxications* des *ascendants* (alcool, plomb, tuberculose, syphilis, etc.). Il n'est pas douteux, que dans la grande majorité des cas, l'intoxication des parents ait dû combiner son action à celle du traumatisme obstétrical. Elle peut agir à trois moments et de trois façons différentes :

Avant la naissance, en favorisant l'accouchement prématuré ; *pendant l'accouchement*, en favorisant l'effraction des vaisseaux méningés et cérébraux, par les altérations dystrophiques de leurs parois, chez le fœtus au

[1] Tissier. De l'influence de l'accouchement anormal sur le développement des troubles cérébraux chez l'enfant. *Thèse*, Paris. 1902.

cours du travail, naturel ou anormal ; enfin, *après la naissance*, en favorisant l'apparition de lésions inflammatoires réactionnelles autour des foyers hémorrhagiques et en s'opposant à la réparation rapide des désordres cérébraux secondaires au travail de l'accouchement.

En résumé, les *encéphalopathies infantiles post-obstétricales* sont imputables au *traumatisme cérébral* direct et aux *hémorrhagies intra-crâniennes* mécaniques secondaires. Les lésions sont préparées, multipliées et aggravées par l'action des *dystrophies héréditaires*.

Les diplégies cérébrales constituent un premier grand groupe d'encéphalopathies infantiles au cours desquelles peuvent être observés des troubles psychiques.

Parmi ces affections, dont la description n'est pas à faire ici, la variété la plus importante est sans contredit la *maladie de Little*. En 1853 et en 1862, le chirurgien anglais Little décrivit la rigidité spastique des nouveau-nés, et en rattacha l'apparition à l'accouchement laborieux, à la naissance avant terme, et à l'asphyxie de l'enfant. Rassemblant dans sa description beaucoup de faits disparates, Little distingua deux formes de *spastic rigidity :* l'une *spinale* et l'autre *cérébrale :* celle-ci se caractérisant par l'adjonction, aux phénomènes paréto-spasmodiques, de troubles intellectuels. Depuis la publication du mémoire fondamental du chirurgien anglais, les travaux les plus intéressants se sont succédé sur cette question ; on en trouvera l'énumération bibliographique et l'exposé critique dans les deux thèses de Le Meignen[1] et de Cestan[2] qui reflètent la première les idées de P. Marie, de Brissaud, Van Gehuchten, etc. ; la seconde, l'enseignement de Raymond, et les travaux de Freud, Rosenthal, Hatemann, Ganghofner, et de Cestan lui-même.

L'aliéniste, soucieux du côté psychopathologique de la question et surtout préoccupé de l'*avenir intellectuel des diplégiques infantiles*, doit retenir de l'ensemble de ces travaux les conclusions suivantes.

Il existe dans le vaste groupe des *diplégies cérébrales infantiles* deux grandes variétés. La première, est « une paraplégie spasmodique et congénitale des quatre membres, plus prononcée aux membres inférieurs, appartenant en propre aux enfants nés avant terme, caractérisée par l'état spasmodique plus que par la paralysie, ne se compliquant ni de phénomènes convulsifs, ni de troubles intellectuels, et susceptibles, sinon d'une guérison complète, du moins d'une amélioration progressive » (Brissaud). Cette première variété, *maladie de Little* (Brissaud), *tabes spasmodique vrai de l'enfance* (P. Marie), relève de la naissance avant terme. C'est une affection systématique, d'ordre agénésique, constituée par l'insuffisance congénitale, primitive et isolée, du faisceau pyramidal.

La seconde variété, *diplégie spasmodique, état tabéto-spasmodique* (P. Marie), relève de lésions destructives, de nature inflammatoire ou trau-

[1] Le Meignen. Du syndrome de Little. *Thèse de Paris*, 1897.

[2] Cestan. Le syndrome de Little. *Thèse de Paris*, 1899.

matique, d'origine toxi-infectieuse ou obstétricale, intéressant la région moyenne de l'*écorce,* au niveau des *zones motrices*, mais pouvant *déborder plus ou moins loin sur les autres territoires* et pouvant par conséquent se compliquer de *troubles intellectuels et épileptiques,* plus ou moins graves. Les lésions corticales, de nature méningitique ou porencéphalique, entraînent la dégénération descendante du faisceau pyramidal, et peuvent encore provoquer l'apparition de phénomènes choréiques, athétosiques, etc. Les désordres, loin d'affecter la marche régressive et relativement curable de la première variété, sont ici permanents et indélébiles.



Fig. 174. — (Collection Dupré.) Maladie de Little. Tabes spasmodique vrai de l'enfance, par agénésie pyramidale, sans troubles marqués de l'intelligence. Remarquer ici le contraste entre l'expression du facies et l'absence de déficit intellectuel grave (Photographie provenant du service du Pr Déjérine).

Ces deux variétés diffèrent donc par une série de caractères, dont l'essentiel est l'absence dans la première, et l'existence, dans la seconde, de troubles intellectuels. Dans la première variété, la plus bénigne, des diplégies cérébrales infantiles, dans la maladie de Little, la règle est l'*absence de troubles intellectuels graves* (Brissaud, Marie, Van Gehuchten, etc.)

P. Marie, Brissaud, Cestan, insistent sur le *contraste qui existe entre l'air d'imbécillité et l'état de réelle intelligence* de ces malades (fig. 174). L'intelligence peut même être au-dessus de la moyenne, et on observe alors un contraste encore plus frappant entre la parole embarrassée, la physionomie parfois hébétée des malades et l'intégrité de leur état mental (Le Meignen).

Après avoir signalé l'état normal ou au moins suffisant des facultés psychiques chez les enfants atteints du syndrome de Little, P. Marie ajoute qu'on peut trouver de ces malades qui sont *médiocrement intelligents,* mais beaucoup plus, en tout cas, qu'ils ne le paraissent au premier aspect.

Les *troubles du caractère,* chez ces enfants, seraient, d'après P. Marie, constants. « Les malades sont le plus souvent irritables, violents, taquins, impulsifs, avec cela craintifs et sournois; bref, cela répond assez bien à la description qui vise l'état mental des « dégénérés », dont parfois aussi ces malades portent les stigmates. Resterait à savoir si ce cachet de

dégénération leur est bien propre et transmis directement par hérédité, ou bien s'il ne dépend pas simplement de l'affection dont ils sont atteints, qui, les frappant dans le tout jeune âge au moment du développement, a dû nécessairement apporter à celui-ci des déviations plus ou moins profondes » (P. Marie).

Cestan insiste sur les *troubles spasmodiques de l'articulation des mots* qui crée, chez ces petits malades, un tel état de *dysarthrie,* qu'il leur est impossible de répondre à des questions qu'ils comprennent cependant très bien. Un trouble aussi profond du langage peut induire en erreur, et « chez un enfant cloué sur sa chaise par la spasticité des quatre membres, faire croire à un arrêt complet de l'intelligence qui n'existe pas en réalité (Cestan). Il en est de même des *troubles spasmodiques de la face;* ceux-ci composent à ces malades un *masque placide et hébété,* comme *stupide,* qui parfois, au moment des contractions de la mimique, est tiraillé par des *rictus* et des contorsions grimaçantes tout à fait particulières (fig. 174).



Fig. 175. — (Collection Dupré.) Arrêt de développement pseudo-enchondroplasique, avec arriération intellectuelle (Malade du service du Dr J. Voisin, à la Salpêtrière).

En résumé, le syndrome de Little ne comporte pas, dans la règle, de déficit grave de l'intelligence; il s'accompagne presque toujours de *troubles dégénératifs du caractère* et de *perturbations du langage* et de la *mimique* qui peuvent *faire croire à un état d'idiotie* qui en réalité n'existe pas.

Dans la seconde variété, la localisation des lésions commande toute la symptomatologie. Comme rien n'est plus varié que le siège et l'étendue des lésions corticales dans ces encéphalopathies fœtales ou infantiles précoces, rien n'est plus divers que l'expression psychopathique de l'affection.

De l'étude comparée des observations, on peut, d'une manière générale, conclure avec Cestan, qu'aux localisations *frontales* répondent les troubles *psychiques*. L'association des *troubles intellectuels* aux *phénomènes spasmo-paralytiques* indique la *coexistence de lésions frontales et rolandiques* On observe souvent un *état d'idiotie* à peu près complet, avec des troubles

paréto-spasmodiques légers, ou au contraire des troubles moteurs très accusés avec *peu de déficit intellectuel.* Au syndrome psychopathique de cette variété de diplégie cérébrale s'ajoutent des phénomènes de *chorée,* d'*athétose,* et encore plus souvent d'*épilepsie.* La gravité de l'atteinte intellectuelle paraît proportionnelle à la fréquence et à l'intensité des accès épileptiques. P. Simon[1] dit que l'idiotie paraît être en rapport intime avec les convulsions.

L'existence de troubles intellectuels, par cela même qu'elle implique la nécessité de *lésions corticales,* annonce l'*improbabilité de la régression des phénomènes morbides,* et, par conséquent, aggrave beaucoup le pronostic de l'affection. En revanche, l'absence des troubles psychiques n'implique pas l'absence des lésions cérébrales : des observations, avec nécropsie, prouvent, que des lésions porencéphaliques, vraies ou fausses, de la zone rolandique peuvent déterminer des hémiplégies ou des diplégies cérébrales, sans troubles intellectuels (Cotard, Aubry, Dagonet, Kundrath).

Il existe une autre variété de *rigidité spasmodique congénitale* se traduisant cliniquement par le syndrome de Little, et ne relevant ni d'une lésion cérébrale, ni de l'agénésie primitive du faisceau pyramidal : c'est celle qui relève d'une *lésion médullaire* transverse haute, ainsi que Déjerine[2] en a publié un cas, dans lequel la paraplégie spasmodique était causée par un foyer de myélite cervicale supérieure. Dans ces formes de maladie de Little, par lésion spinale primitive (Déjerine et Thomas[3], Oddo[4]) il n'existe naturellement pas de déficit psychique.

La *paraplégie spasmodique familiale,* entrevue par Little, étudiée par Strümpell, Erb, Jendrassik, Souques, Raymond, etc., comprend toute une série de faits, réunis dans sa thèse par Lorrain[5], dans lesquels apparaît, en général chez les enfants et les adolescents, au même âge chez les membres de la même famille, à la suite de toxi-infections, chez des sujets à hérédité chargée, un syndrome de paraplégie spasmodique, incurable, à tendance ascendante, qui se complique de l'adjonction de symptômes cervicaux, puis bulbaires et oculaires, de telle sorte que, le plus souvent, la maladie a, selon l'expression de Raymond, de la tendance à verser dans la symptomatologie de la sclérose en plaques. D'autres cas réalisent un complexus intermédiaire entre la paralysie spasmodique et l'hérédo-ataxie cérébelleuse ou la maladie de Friedreich.

Au cours de cette affection familiale, on peut observer des *troubles psychiques* très variés. Dans une première série de cas, l'intelligence est intacte ou peu atteinte. Dans d'autres cas, on observe, alliés à un certain degré de *débilité intellectuelle,* des *troubles émotifs,* analogues à ceux de la dégéné-

[1] P. Simon. Art. Maladie de Little. *Traité des maladies de l'enfance de* Grancher, Comby, Marfan.

[2] Déjerine. Deux cas de rigidité spasmodique congénitale. Maladie de Little, suivie d'autopsie. *Soc. de Biol.*, 1897.

[3] Déjerine et Thomas. Maladies de la moelle. T. IX. *Traité de Brouardel-Gilbert.*

[4] Oddo. *Congrès de gyn., d'obstétr. et de pédiatrie,* Marseille, 1898.

[5] Lorrain. Etude de la paraplégie spasmodique familiale. *Thèse de Paris,* 1898.

rescence mentale. Enfin une troisième série de faits comprend les cas où un *déficit psychique marqué* est en rapport avec des *lésions corticales* plus ou moins étendues.

L'hémiplégie cérébrale infantile, dont le syndrome constitue, dans le chaos anatomo-clinique des encéphalopathies de l'enfance, un type assez bien défini (hémiplégie remontant à l'enfance, avec atrophie considérable et contracture, pied-bot, main bote ; mouvements athétosiques, hémichoréiques ; syncinésie ; absence fréquente d'aphasie dans l'hémiplégie droite (Cotard), inconstance du signe de Babinski) s'accompagne à peu près constamment de troubles psychiques. On constate, chez les petits malades, un *déficit intellectuel* plus ou moins marqué, dont les différents degrés vont de la simple *arriération mentale* à l'*idiotie complète* (idiotie hémiplégique). Beaucoup de ces malades arrivent, avec les années, à rattraper, dans leur instruction, le retard apporté par les lésions à leur évolution intellectuelle, et deviennent ainsi capables de remplir, malgré leur profonde infirmité physique, certains métiers assez difficiles.

Certains de ces idiots incomplets montrent des *aptitudes spéciales* extraordinairement développées, dans les domaines musical, arithmétique, etc., ou une surprenante mémoire dans certains ordres de faits (dates, noms, lieux, etc.).

La littérature médicale de l'idiotie fourmille de ces curieuses anomalies, dont Pierre Marie[1] a montré d'instructifs exemples chez des hémiplégiques infantiles. Ces faits démontrent le caractère inégal et irrégulier du déficit psychique secondaire aux lésions si variées des encéphalopathies infantiles, et la possibilité de la conservation et même du développement hypertrophique de certaines sphères d'activité sensorio-psychique, au milieu de l'oblitération souvent presque complète des facultés intellectuelles. Aussi, par suite du défaut d'autres centres fonctionnels et de l'isolement de ces territoires sensorio-psychiques, ceux-ci n'ont-ils qu'une activité purement réflexe, dont l'exercice automatique est dépourvu de toute intégration associative, et, par conséquent, de toute valeur psychique.

L'athétose double, **l'athétoso-chorée** et la **chorée chronique** de l'enfance qui sont parfois l'expression clinique dominante de certaines encéphalopathies du jeune âge, s'accompagnent presque toujours d'un *déficit plus ou moins accusé de l'intelligence*. L'idiotie athétosique est relativement rare. Presque toujours les athétosiques sont des enfants ou des adolescents simplement *arriérés* ou *débiles*. Parfois l'atteinte des fonctions psychiques est très légère, et « il y a des athétosiques doubles chez qui l'intelligence est susceptible d'un perfectionnement normal. » (Brissaud).

Les **ataxies familiales** (*Hérédo-ataxie cérébelleuse. Maladie de Friedreich. Atrophies cérébelleuses diverses*) qui intéressent l'appareil cérébello-médul-

[1] P. Marie. *Conférences à la Faculté de Médecine.* Hiver 1901-02.

laire de l'équilibration et sur les rapports réciproques desquelles on discute encore, comptent parmi leurs symptômes les plus inconstants, des *désordres psychiques* variés, souvent compliqués, dans leur expression, de *troubles profonds de la mimique et de la parole.*

P. Marie[1] s'exprime ainsi : « Dans la maladie de Friedreich, l'intelligence peut être considérée comme à peu près intacte... ; lorsque vous vous trouverez en présence de ces jeunes malades, à ne tenir compte que de leur aspect un peu bizarre, instable, assez souvent même hébété, vous serez tentés de les considérer comme doués d'une intelligence bien au-dessous de la moyenne. Vous vous tromperiez, car si vous interrogez les parents et les enfants eux-mêmes, vous verrez que leur instruction est à peu près aussi avancée que celle des élèves de leur âge.

Voilà pour l'enfance. Quant à l'âge adulte, les « Friedreich » qui l'atteignent ne jouissent peut-être plus d'une égalité intellectuelle aussi parfaite vis-à-vis de leurs camarades sains. D'après ce que j'ai pu observer, il me semble qu'en général leur développement psychique ne se fait pas d'une façon complète, bien qu'ils ne soient en somme ni des idiots, ni même de véritables arriérés. »

L'*hérédo-ataxie cérébelleuse* (P. Marie), qui a tant de points communs avec la maladie de Friedreich, mais qui, en général, débute plus tard, après vingt ou trente ans, comporte dans son évolution des *troubles intellectuels importants :* instabilité et diminution de l'attention, ataxie des pensées (Seeligmüller) affaiblissement de la mémoire ; des *modifications du caractère* : irritabilité, tristesse, découragement ; enfin, parfois (Obs. XII de Sanger-Brown, cas de Nonne) des troubles mentaux beaucoup plus graves : hébétude, niaiserie, insouciance absolue. Londe fait à ce propos remarquer avec justesse, que de telles atteintes psychiques doivent être considérées comme *indépendantes de l'hérédo-ataxie cérébelleuse et rattachées à des lésions cérébrales.* Nonne, en effet, dans un de ces cas, a constaté à l'autopsie une légère atrophie du cerveau.

En résumé, dans ces affections familiales, on peut constater les *associations psychopathiques,* d'ordre fonctionnel ou organique, les plus variées (neurasthénie, hystérie, débilité mentale, syndromes dégénératifs ; états démentiels). Nolan[2] a publié trois cas de maladie de Friedreich avec *idiotie.* Je me borne à la citation de ces exemples, qui démontrent précisément la variété et les degrés de l'atteinte du cerveau psychique dans la maladie de Friedreich. A opposer à ces faits, sont ceux où l'*intelligence* demeure *intacte* et même, ainsi que Déjerine en a constaté un cas, ceux où le sujet atteint de maladie de Friedreich se montre doué de qualités intellectuelles tout à fait supérieures.

Dans ces affections cérébello-médullaires ataxiques, les *troubles de la mimique et de la parole* sont constants : l'expression de la physionomie est inerte, hébétée, le regard est vague ; la parole est lente, pâteuse, le débit iné-

[1] P. Marie. Les maladies de la moelle, Paris, 1892.

[2] Nolan. (Dublin.) *Journal of medical science.* Mai 1895.

gal et indistinct : comme la démarche cérébelleuse, la parole de ces malades est pesante, incertaine et titubante (P. Marie).

J'ai eu l'occasion d'observer, dans le service du professeur Déjerine, une



Fig. 176. — (Collection Dupré.) Maladie de Friedreich avec facies hébété. La jeune malade traverse des périodes successives de dépression et d'excitation, au cours desquelles elle présente des attitudes maniérées. des poses bizarres, très longtemps maintenues, des symptômes de catatonie, de stéréotypie, de négativisme, etc., dont l'ensemble rappelle le syndrome psychomoteur de la démence précoce (Malade du service du Pr Déjerine. Poses dessinées d'après nature par A. Bessin).

jeune fille atteinte de la maladie de Friedreich. qui présentait, associés à son affection médullaire, des troubles psychiques analogues à ceux de la démence précoce (négativisme, stéréotypie, catatonie, impulsions subites, rires explosifs non motivés, etc.) évoluant sur un mode *circulaire* en périodes successives de *dépression* avec immobilité stupide, attitudes stéréotypées, etc., et d'*excitation* avec réveil de l'activité intellectuelle, de l'appétit, gaîté exubérante, rires, etc., (fig. 176).

Lenoble et Aubineau[1] de (Brest) ont publié l'observation de deux cas de *maladie nerveuse familiale* intermédiaire entre la maladie de P. Marie (hérédo-ataxie cérébelleuse) et la maladie de Friedreich. Le premier des deux frères avait l'intelligence ouverte et l'esprit cultivé : le second, d'une intelligence remarquable, docteur en droit à l'âge de vingt-trois ans, présentait par accès la phobie du vol. Lenoble[2], dans cinq autres cas d'hérédo-ataxie cérébelleuse observés dans la même famille, a noté, dans deux cas, une *profonde débilité intellectuelle*, et, dans un cas, un état vésanique ayant nécessité l'internement.

Mlle Dora Pesker[3] a observé, chez deux frères, une *affection familiale, cérébro-spinale* (paraplégie peu spastique, avec décroît et déformation des membres inférieurs, tremblement intentionnel et ataxie des membres supérieurs) avec *déchéance intellectuelle profonde*. Cette affection, anatomiquement caractérisée par une hypoplasie très accusée de tout le névraxe, sans sclérose, avec dissociation des fibres de la substance blanche cérébrale, présente quelques analogies avec le cas publié par Pelizaeus[4], sous le nom de sclérose multiple.

Ces observations, entre tant d'autres, montrent la fréquence et la diversité des processus, d'ordre agénésique ou inflammatoire, qui frappent, dans le jeune âge, le système nerveux des membres d'une même famille et déterminent souvent l'arrêt de développement du télencéphale. Ces affections, indépendamment du syndrome neuropathologique observé, entraînent une agénésie psychique, qui se traduit par les divers degrés de l'idiotie ou de la débilité mentale.

Les **idioties** et les **démences familiales**, dont les travaux que je viens de citer fournissent déjà des exemples, ont été étudiées par Bourneville et Séglas[5], Sachs[6], Daraskievicz[7], Homén[8], Trenel[9], Fouque[10], etc.

On trouvera la bibliographie des travaux relatifs à cette vaste question, dans la Revue de Long[11], les thèses déjà citées de Lorrain, de Fouque, de Olga Dora Pesker, de Londe.

Ces travaux établissent l'existence de *démences familiales*, le plus souvent *fraternelles*, apparaissant, en général, à peu près au même âge, et se manifestant parfois sous les mêmes apparences cliniques (agitation ou stu-

[1] Lenoble et Aubineau. *Revue neurologique*, 30 avril 1901.
[2] Lenoble. *Archives provinciales de médecine*, n° 12. Décembre 1899.
[3] Dora Pesker. *Thèse* Paris, 1900.
[4] Pelizaeus. *Archiv. f. Psych.*, XVI, p. 698, 1885.
[5] Bourneville et Séglas. Les familles d'idiots. *Archives de Neurologie*, 1885. T. X, p. 186.
[6] Sachs. Idiotie familiale avec amaurose. *New York Med. journal*, 31 mai 1896.
[7] Daraskiewicz. *Thèse de Dorpat*, 1892.
[8] Homén. Démence progressive chez plusieurs sœurs. *Archiv. für Psychiatrie*. T. XXIV, p. 191 ; t. XXX, p. 299.
[9] Trenel. *Soc. de Biologie*. Août 1899. Les maladies mentales familiales. *Soc. médico-psychologique*. Novembre 1899.
[10] Fouque. Maladies mentales familiales. *Thèse* Paris. Décembre 1899.
[11] Ed. Long. Les maladies nerveuses familiales. Maladies d'évolution. *Revue médicale de la Suisse romande*. Avril-mai 1901.

peur ; signes physiques analogues, etc.). Par leur mode de début et d'évolution, ces démences familiales sont juvéniles, précoces, préséniles, ou séniles. Jendrassik a insisté sur le caractère familial de la démence sénile. Selon qu'elles évoluent dégagées de toute association avec un processus encéphalo-myélopathique concomitant, ou qu'elles apparaissent liées à une affection cérébro-médullaire (sclérose en plaques, hérédo-ataxie, diplégies, paraplégies, maladie de Friedreich), ces démences sont dites simples, primitives, ou associées et parfois secondaires. Il faut rappeler ici le caractère souvent familial de la démence choréique de Huntington : il s'agit là d'une démence familiale associée à la chorée chronique.

Dans le groupe des idioties familiales, une mention spéciale doit être faite à l'*idiotie amaurotique,* décrite d'abord par Sachs, puis par Ireland, Jacobi, Frey, etc., affection spéciale à certaines familles israélites, caractérisée par l'association de l'amaurose avec nystagmus, strabisme, de la diplégie progressive, et de l'agénésie psychique. Les lésions sont d'ordre agénésique et inflammatoire à la fois : le cortex n'est pas développé et il existe de l'encéphalo-méningite adhésive.

Ces différentes idioties ou démences familiales, simples ou associées, dont le processus anatomopathologique se compose d'un mélange d'altérations agénésiques et de lésions inflammatoires, les unes essentielles et primitives, les autres dégénératives et secondaires, dérivent, chez les divers membres d'une même famille, de l'insuffisance native de certains départements fonctionnels du névraxe ; leur étude démontre que souvent, sous la diversité des expressions cliniques, les maladies nerveuses ou mentales doivent être considérées plutôt comme des affections de l'espèce que comme des maladies de l'individu.

7. PSYCHOPATHIES SYPHILITIQUES[1]

Je groupe sous ce titre les troubles psychiques, qui, dans leur éclosion et leur développement, sont sous la dépendance, directe ou indirecte, de la syphilis. Ces troubles psychiques, qui n'offrent, en eux-mêmes, aucun cachet spécifique, et dont les rapports pathogéniques avec la syphilis sont le plus souvent indirects, ont été successivement étudiés, à propos des diverses Encéphalopathies, au cours de ce livre. Sans revenir sur une description déjà faite, je me bornerai à rappeler ici l'existence et la forme clinique de ces psychopathies, dans leurs rapports avec la succession des périodes et la variété des lésions encéphaliques de la syphilis.

Résumé clinique. — La syphilis peut provoquer des troubles psychopathiques à toutes les étapes de son évolution. A la *première période,* au déclin

[1] Ce chapitre, ainsi que les suivants, ne représentent, en aucune façon le tableau complet des troubles psychiques de la syphilis, de la tuberculose, l'artério-sclérose cérébrales ; j'ai simplement voulu, dans les pages suivantes, dépourvues à dessein de bibliographie et de discussions, résumer la revue générale des psychopathies de la syphilis, de la tuberculose, etc., dont l'étude plus détaillée a été exposée aux différents chapitres de ce Livre.

de l'évolution chancreuse; à la *deuxième période*, lors de l'efflorescence des accidents muqueux et cutanés; à la *période secondo-tertiaire*, au moment des lésions artérielles et méningées, circonscrites et subaiguës; à la *période tertiaire*, à l'époque des productions gommeuses et sclérogommeuses; enfin, à la *période quaternaire*, dans ces phases avancées où l'influence lointaine de la maladie se traduit par une artério-sclérose cérébrale diffuse relativement précoce, ou par le développement de la paralysie générale.

Lors de ses premières périodes, la syphilis affecte les allures d'une *maladie générale infectieuse*, d'une *toxémie subaiguë* à déterminations viscérales multiples (néphrite, hépatite, etc., aiguës de la syphilis secondaire). Lorsque l'infection spécifique ne porte point ses coups directs sur tel ou tel organe, elle affirme néanmoins son existence par la dyscrasie humorale plus ou moins profonde qu'elle provoque (anémie globulaire, mégalosplénie, adénopathies, troubles digestifs, etc.). Parmi les effets, directs ou indirects, de l'infection syphilitique, les *troubles nerveux, d'allure toxique* (céphalée, insomnie, asthénie générale, douleurs, vertiges, etc.,) occupent le premier rang.

Chez les sujets prédisposés, ces troubles nerveux peuvent acquérir une intensité et des formes particulières. L'*hystérie*, la *neurasthénie*, l'*hystéro-neurasthénie* syphilitiques secondaires sont classiques.

Une mention spéciale, et une place à part, doivent être ici réservées à des accidents, d'observation fréquente à cette période, mais qui n'empruntent à la syphilis que le prétexte de leur éclosion : ce sont les divers aspects et degrés de la *syphilophobie*. Celle-ci, simple modalité hypochondriaque des psychopathies dégénératives, apparaît chez les déséquilibrés de l'émotivité, à *l'occasion, et non sous l'influence, de la syphilis*. Je la mentionne ici, parce que l'*ébranlement toxi-infectieux de l'organisme* récemment syphilisé n'est pas étranger à la culture et à la persistance de l'idée hypochondriaque, et que le *choc émotif* réagit, à son tour, sur l'état général du sujet, en aggravant les troubles hystéro-neurasthéniques si fréquents à cette période.

A ce titre, l'*accès syphilophobique du sujet récemment syphilisé* diffère de la *syphilophobie rétrospective du sujet non syphilitique*. Dans le premier cas, l'idée, non délirante à proprement parler. légitime en son point de départ, n'est maladive que par la disproportion des réactions émotives qu'elle provoque; dans le second cas, l'idée, vraiment délirante, repose sur un fond imaginaire, et n'a aucun rapport avec la syphilis. Mais dans les deux cas, chez tous les sujets, ces manifestations hypochondriaques sont fonction, non de syphilis, mais de *dégénérescence mentale*.

Chez les sujets que prédisposent aux troubles nerveux leurs antécédents héréditaires ou personnels, et principalement le *surmenage cérébral*, la syphilis secondaire peut déterminer des accidents psychopathiques, aigus ou subaigus, passagers ou durables, qui, en général, revêtent les diverses formes des psychoses provoquées par les infections, les intoxications aiguës, l'épuisement de l'organisme. Pas plus que les troubles hystéro-neurasthéniques ou hypochondriaques précédemment signalés, ces accidents psychopathiques n'ont de caractère spécifique : on ne retrouve la marque de leur origine syphilitique

que dans les circonstances étiologiques de leur apparition, la concomitance de lésions ou de symptômes syphilitiques en activité et enfin dans l'heureuse influence du traitement mercuriel ; les psychoses de la période secondaire de la syphilis peuvent être divisées en deux groupes.

Le premier groupe comprend les *accidents psychopathiques vulgaires*, qui peuvent succéder, chez les prédisposés, à toutes les variétés subites ou profondes d'ébranlement de l'organisme. L'invasion de la syphilis représente ici les éléments du choc physique (altérations humorales et perturbations nutritives) et parfois moral (révélation de la maladie et de ses conséquences), qui troublent l'équilibre psychique. Les accidents cérébraux revêtent la forme d'un *accès maniaque*, plus fréquemment encore *mélancolique*, ou enfin d'une *bouffée délirante passagère*, comme en présente parfois, sous des influences si minimes, le cerveau invalide de certains dégénérés.

Le second groupe comprend les *accidents psychopathiques*, de nature *toxi-infectieuse, directement issus de la toxémie syphilitique*.

Les accidents du premier groupe, effets indirects de la syphilis, succèdent à l'invasion morbide comme à un ébranlement organique, d'origine banale, analogue à un traumatisme, une émotion, etc. : les accidents du second groupe, produits directs de la syphilis, succèdent ici à l'infection spécifique comme ils succèdent, en d'autres occasions, à la fièvre typhoïde, à la grippe, etc. Leur *spécificité d'origine syphilitique*, que l'étiologie retrouve, mais que la clinique, réduite à ses seules ressources, ne saurait affirmer, semble être démontrée par la thérapeutique, dans l'*heureuse efficacité du traitement mercuriel*.

La forme clinique que revêtent ces psychoses toxi-infectieuses de la syphilis secondaire est celle des états psychopathiques subaigus d'origine toxique : confusion mentale, avec agitation ou stupeur, amnésie, hallucinations, idées délirantes variées, de nature le plus souvent onirique.

On observe tous les degrés d'intensité dans ces syndromes, depuis la simple dépression mentale, avec hébétude, torpeur, état psychasténique plus ou moins marqué ; jusqu'à la *pseudo-démence aiguë*, avec stupeur et gâtisme ; depuis l'excitation psychique légère avec incohérence et confusion mentale, jusqu'au délire aigu. Les malades, au cours de ces accidents psychiques, accusent de la céphalée, de l'insomnie : on observe parfois, surtout chez les femmes, des crises hystériques ou hystéro-épileptiques.

Tous ces accidents ont pour caractères communs d'être *très précoces*, dans la chronologie de l'évolution syphilitique : d'être *variables* et *polymorphes* dans leur expression clinique, *sujets aux rechutes et aux récidives*, dans leur évolution ; d'être en général *curables*, par la mise en œuvre combinée du traitement mercuriel et de la thérapeutique antitoxique (repos dans l'alitement, régime lacté, évacuants, injections de sérums, balnéation, etc.).

Dans certains cas, le syndrome, d'allure grave et d'évolution assez rapide, rappelle le *délire aigu*, avec association de phénomènes de *méningite* : et peut se terminer soit par la *mort*, soit par la *guérison avec état démentiel* plus ou moins accusé.

A une phase plus avancée de son évolution, correspondant à la transition de la période secondaire à la période tertiaire (*période secondo-tertiaire*), la syphilis peut déterminer des troubles mentaux d'une nature et d'un aspect un peu différent, marqués par la prédominance des symptômes d'affaiblissement psychique et de démence. Le déficit l'emporte sur la confusion, et les signes de la diminution définitive des facultés sur ceux de l'obnubilation temporaire de l'intelligence.

Les psychopathies de la syphilis secondo-tertiaire, qui peuvent apparaître de dix-huit mois à cinq ou six ans environ après le chancre, correspondent aux *artériopathies cérébrales* et aux *méningites subaiguës spécifiques*. La caractéristique ordinaire de ces accidents psychiques est d'être compliqués d'*accidents somatiques* variés, qui en démontrent l'origine spécifique (hémiplégie, monoplégie, paralysie des nerfs crâniens, aphasie, vertiges : ictus apoplectique ou épileptique, etc.); ces accidents précèdent, accompagnent ou suivent les troubles mentaux : l'ensemble du syndrome représente donc une *encéphalopathie psycho-somatique*, syphilitique.

Ces *psychopathies accompagnées* se caractérisent par des accidents de dépression mentale, avec torpeur, hébétude, obnubilation intellectuelle croissante, incohérence des idées et désordre des actes ; l'amnésie, plus ou moins profonde et parfois élective dans ses lacunes : le trouble profond de l'association des idées, du jugement ; le changement rapide du caractère, l'altération de la personnalité, indiquent la diminution progressive manifeste de l'intelligence, et témoignent de la nature démentielle du processus encéphalopathique.

La *gomme cérébrale circonscrite* détermine souvent des accidents psychopathiques qui ressemblent beaucoup à ceux des tumeurs encéphaliques. Herber [1] les a décrits dans un travail très documenté sur la question. L'hébétude, la stupeur, la dysmnésie, l'inertie, sont les symptômes les plus fréquents. Parfois la lésion évolue jusqu'à la mort sans atteindre l'intelligence, qui demeure remarquable jusqu'à la fin, au milieu du syndrome encéphalique le plus grave (convulsions, paralysies, etc.).

Dans les cas de *gommes multiples*, au complexus anatomique correspond le complexus clinique psychopathique à tendances démentielles, que les syphiligraphes ont décrit sous le terme impropre de *folie syphilomateuse*. Les accidents n'offrent ici rien de spécifique et relèvent de la dégénérescence mentale, de l'excitation et de la dépression psychiques, et de la démence organique.

Cette *démence syphilitique précoce*, variable dans sa forme symptomatique, d'ailleurs lacunaire dans son déficit, inégale et souvent saccadée dans ses progrès, ou demeurant fort irrégulière dans son évolution, très sensible au traitement spécifique intensif, qui a sur elle l'influence la plus favorable, diffère donc profondément de la *démence parasyphilitique tardive*, de la para-

[1] Herber. Caractères de l'évolution clinique et symptômes de la gomme cérébrale circonscrite. *Thèse* Paris, 1900,

lysie générale. Je n'insiste pas sur les éléments du *diagnostic différentiel* de ces affections ; celui-ci est d'autant plus difficile que l'encéphalopathie syphilitique, alors relativement tardive dans son apparition, est plus diffuse dans son processus anatomo-clinique, plus exempte de symptômes de foyer (paralysie des nerfs craniens, des membres, du langage), plus insidieuse et plus lente dans son développement. Lorsque le traitement mercuriel n'est pas institué à temps, les psychopathies syphilitiques secondo-tertiaires et tertiaires, après une succession accidentée de phases opposées d'agitation incohérente et de stupeur mélancolique, se terminent dans un état de démence définitive, plus ou moins profonde.

Au déclin de la période secondo-tertiaire, ou plus tard encore, de six à dix ans après le chancre, peut se développer un syndrome de neurasthénie cérébrale profonde, décrit par les auteurs sous les noms de *neurasthénie tardive des anciens syphilitiques*. Je ne reviens pas sur l'étude de cette forme de *psychasthénie,* dont les apparences en imposent pour le *début de la paralysie générale*. C'est en effet le problème de ce diagnostic différentiel qui constitue le principal intérêt pratique de la question (Voy. *Paralysie générale*). Aujourd'hui, l'application du *cyto-diagnostic céphalo-rachidien* à l'étude de ces accidents de psychasthénie dépressive des périodes avancées de la syphilis, permet d'en affirmer la nature non méningitique ; et, par conséquent, de les distinguer des *troubles prodromiques similaires de la paralysie générale ;* ceux-ci sont, en effet, dans leur apparition, toujours postérieurs à la lymphocytose céphalo-rachidienne, signe de début par excellence de la péri-méningo encéphalite diffuse.

En cas de résultat douteux des données cliniques et cytodiagnostiques, l'étude de l'évolution symptomatique, éclairée par une nouvelle ponction lombaire, pratiquée quelques mois plus tard, ne saurait manquer d'orienter l'interprétation des accidents, vers le véritable diagnostic.

Dans sa *période tertiaire,* la syphilis peut, au cours des méningo-encéphalopathies scléro-gommeuses chroniques, déterminer des troubles psychiques de divers ordres, suivant le siège et l'étendue du processus en cause, d'après un mécanisme pathogénique et sous des formes cliniques déjà étudiées (Voy. : *Méningites chroniques ; Tumeurs, Hémorragie et Ramollissement du cerveau*).

Je rappelle ici la *coïncidence,* assez fréquente, sur le même cerveau, des *lésions syphilitiques tertiaires* et des *lésions de la paralysie générale*. De cette association des deux processus, syphilomateux et paralytique, résulte une *encéphalopathie mixte,* où se mélangent les symptômes psychiques de la démence et les signes physiques des lésions en foyer (aphasie, paralysies localisées, etc.). Le *traitement* exerce, dans ces formes associées, une *action dissociée* : heureuse sur les lésions syphilitiques, nulle ou nuisible sur les lésions paralytiques.

Pathogénie et traitement. — Les accidents psychiques liés à la syphilis reconnaissent un mécanisme pathogénique très différent suivant les cas.

Les troubles *hypochondriaques, phobiques* et *hystéro-neurasthéniques,* les accès *maniaques, mélancoliques* et *vésaniques* du début de la maladie, liés pour la plupart à la mise en jeu, par l'ébranlement infectieux de l'organisme, des *prédispositions psycho-névropathiques,* héréditaires ou acquises. du sujet récemment syphilisé, ne sont que l'*effet indirect,* et non le *produit direct,* d'une infection récente, qui représente, en l'espèce, la *cause occasionnelle et non l'agent déterminant* du développement des accidents.

Les *troubles psychopathiques de nature toxique* à forme confusionnelle, amnésique, hallucinatoire, onirique, avec excitation ou dépression, etc., liés à la *toxémie syphilitique secondaire,* émanent *directement* de l'infection, qui représente alors la *cause efficiente véritable* des accidents. La pathogénie dont ceux-ci relèvent doit être assimilée au processus des psychoses toxiques : atteinte, directe et diffuse, des cellules corticales par les poisons morbides ; intoxication indirecte des mêmes éléments par les insuffisances viscérales contemporaines de l'infection.

Dans certains cas, le résultat positif, précoce par rapport à l'évolution de la syphilis, du cyto-diagnostic céphalo-rachidien, démontre l'existence de *lésions inflammatoires de la pie-mère ;* le processus de la leptoméningite peut alors être soupçonné de participer à la genèse des accidents subaigus observés : mais comme on a maintes fois observé cette lymphocytose précoce sans troubles psychiques concomitants, et constaté l'existence de ceux-ci, indépendamment de toute lymphocytose, comme dans la psychose polynévritique et de nombreux cas de confusion mentale toxi-infectieuse, on n'est pas en droit d'établir une *liaison directe de causalité entre l'irritation méningée et l'état psychopathique.*

J'ai indiqué l'importance des données cytodiagnostiques, dans l'interprétation pathogénique des *accidents psychasthéniques tardifs des anciens syphilitiques.*

Les troubles psychiques des périodes secondo-tertiaire et tertiaire relèvent du processus subaigu et diffus de la *méningo-encéphalite diapédétique* exsudative, ou des lésions d'*artérite* disséminée, avec foyers multiples de *ramollissement,* ou de la *méningite en plaques,* avec ou sans *éruption syphilomateuse miliaire* concomitante, des phases avancées de la période secondaire : ou, plus tard, de la présence de *gommes,* de *méningite chronique* scléreuse, d'artério-sclérose diffuse, etc.

Enfin, le processus de la *périméningo-encéphalite diffuse,* isolé ou compliqué de syphilis cérébrale en activité, doit clore *cette liste des causes de l'aliénation mentale syphilitique.*

Le *traitement* de ces diverses psychopathies, directement et indirectement syphilitiques, doit être dirigé contre l'élément *névropsychopathique,* l'élément *dyscrasique toxi-infectieux* général, et l'élément *spécifique* en cause.

Contre les *manifestations hystériques,* l'isolement, l'hydrothérapie adaptée à la forme des accidents ; contre les *manifestations neurasthéniques et phobiques,* le repos, les pratiques psychothérapiques, etc. ; contre les *crises maniaques,* l'alitement, la balnéation prolongée, les calmants ; contre les

accès mélancoliques, le repos, l'opium, l'hydrothérapie, seront mis en œuvre.

Dans les *états psychopathiques d'allure toxi-infectieuse,* le traitement spécifique ne sera administré que conjointement à l'application de la thérapeutique générale antitoxique (diurétiques, régime lacté, balnéation, injection de sérums, etc.). L'alitement continu s'impose comme une mesure de première importance, dans la cure de ces affections psychopathiques aiguës et subaiguës.

Contre l'*élément syphilitique* lui-même, le *mercure* sera administré, sous la forme d'injections de sels insolubles (calomel) ou solubles (benzoate, cyanure), à doses fortes et prolongées, surveillées dans leur effet et graduées selon les besoins. L'iodure de potassium pourra être administré dans les intervalles de la cure mercurielle, contre les lésions cérébrales des périodes tardives de la syphilis. Les effets du traitement spécifique apportent souvent au diagnostic de l'origine des accidents une précieuse confirmation.

8. PSYCHOPATHIES TUBERCULEUSES

La tuberculose peut déterminer, par un mécanisme pathogénique variable, l'apparition de troubles psychiques que j'ai déjà, pour la plupart, passés en revue dans les chapitres précédents, mais dont il est utile de rappeler et de grouper ici les diverses modalités.

Par son action générale sur l'organisme (déminéralisation, anémie, rétrécissement du champ respiratoire, hypohématose, intoxication chronique lente, etc.), la tuberculose, surtout la tuberculose pulmonaire, et particulièrement la *tuberculose pulmonaire ulcéreuse,* la phtisie, est, pour les prédisposés, une *cause complexe de troubles psychiques variés.* Ceux-ci, au cours de la phtisie cavitaire, font bien rarement défaut dans le tableau clinique. On en saisit les manifestations, même discrètes, en étudiant l'état mental des tuberculeux.

Résumé clinique. — L'*état mental des tuberculeux,* en dépit des variétés générales et des nuances individuelles qu'il peut offrir, est composé de nombreux éléments psychopathiques. On constate tout d'abord de la diminution de l'activité mentale, de la puissance du travail; mais les troubles affectifs et moraux l'emportent sur les troubles intellectuels, il y a du découragement, du dégoût, de la paresse, du pessimisme : cette tendance à la *dépression mélancolique,* reposant sur les troubles nutritifs de l'infection bacillaire, exprime le malaise profond et inconscient de l'organisme, sourdement atteint dans sa vitalité. A ces troubles intellectuels et moraux se joignent des modifications du caractère et de la sphère affective : le malade, devenu égoïste, se désintéresse des choses et des gens, se détache de ses affections ; susceptible, irritable, il se montre exigeant et peu reconnaissant des sacrifices consentis pour lui. Quelques malades présentent dans cette période, soit de la frigidité, soit, au contraire, de l'excitation génitale. Celle-ci, en tous cas, n'est pas durable.

Chez certains sujets, ces troubles, plus ou moins manifestes, apparaissent sur un fonds mental de *neurasthénie,* dont l'origine infectieuse n'est souvent reconnue que plus tard, avec les progrès de la maladie. Chez les jeunes femmes, des *troubles hystéro-neurasthéniques*, des attaques d'*hystérie* mineure ou même majeure, peuvent représenter la première réaction morbide à l'infection bacillaire. Cette forme d'hystéro-neurasthénie d'origine tuberculeuse s'associe volontiers, sur les terrains chloro-anémiques, aux manifestations de la dyscrasie sanguine, symptomatique de la tuberculose au début.

Avec les progrès de l'affection, ces troubles généraux s'accentuent et se modifient dans un sens assez particulier : l'intelligence s'obscurcit, le jugement baisse, les sensations pénibles d'origine viscérale s'émoussent, et le malade, de plus en plus compromis dans sa santé et sa résistance, s'en rend de moins en moins compte, perd la notion de sa véritable situation, et manifeste un optimisme franchement pathologique.

Cet *optimisme,* issu d'un sentiment de bien-être relatif et surtout de l'affaiblissement intellectuel qui ne permet plus au malade de juger la situation, d'interpréter la signification de ses souffrances et de ses symptômes, etc., se traduit non seulement par l'inconscience des progrès de la maladie, par la *suggestibilité* du patient vis-à-vis des propos consolants et des prophéties de prochaine guérison, mais encore par des *projets* de voyage, des rêves d'avenir, qui contrastent singulièrement avec la triste réalité des choses.

Cet état d'euphorie cénesthésique et d'illusion mentale est certainement d'*origine toxique* (anoxhémie, toxines bacillaires, etc), car il offre les plus frappantes analogies avec l'état d'esprit des cancéreux à qui l'on administre des doses fortes et croissantes de morphine : on obtient, par cet empoisonnement thérapeutique, non seulement le soulagement des douleurs, de l'insomnie, etc., mais un état psychique, fait d'engourdissement calme et béat, d'indifférence aux choses et aux gens, d'obnubilation critique et d'aptitude à toutes les suggestions heureuses ; ce résultat psychique de l'intoxication morphinique rappelle, par bien des côtés, l'influence de la toxémie bacillaire sur la psychologie du phtisique.

Cette *psychologie du phtisique,* étudiée dans le détail de ses variations, suivant que le malade vit chez lui, au milieu de sa famille, ou dans un sanatorium, ou à l'hôpital, entouré d'autres tuberculeux, etc., comporte bien d'autres côtés suggestifs, sur lesquels je n'ai pas le loisir d'insister. On lira avec profit, sur cette question, les pages intéressantes qu'y a consacrées Letulle[1].

Lorsque la tuberculose *frappe directement l'encéphale,* elle y éveille des *réactions psychopathiques précoces*, particulièrement précieuses à relever pour le diagnostic hâtif de la tuberculose méningée ou centrale du cerveau. Ces troubles, qui figurent, à doses variables, dans les prodromes des lésions bacillaires de l'encéphale, sont produits par l'*intoxication directe des centres nerveux,* aux dépens des néoplasies, méningées ou centrales, en travail de

[1] Letulle. Étude sur la psychologie du phtisique. *Arch. de méd.*, 1901.

formation et de dissémination : les *tubercules enkystés* les provoquent beaucoup moins que les *îlots les plus discrets de méningite* bacillaire ; et enfin, ils peuvent apparaître dans les *formes généralisées ou aiguës, sanguines, de tuberculose,* sans lésions tuberculeuses appréciables dans l'encéphale. Les recherches expérimentales de Péron [1], de Sicard [2], d'Armand Delille [3], sur le processus d'extension des méningites tuberculeuses, et le rôle que joue, dans la généralisation des accidents cérébraux, le liquide des espaces sous-arachnoïdiens ; les études de Klippel [4], de Dufour [5], de M. Dide et Chesnais, de Vurpas et Bienvenu [6] sur le rôle étiologique et pathogénique de la tuberculose dans les encéphalopathies mélancoliques et délirantes, démontrent ce que l'observation clinique a fait pressentir depuis longtemps aux plus anciens médecins.

Les *troubles psychopathiques liés à l'invasion tuberculeuse de l'encéphale* sont constitués, d'une manière générale, par un état de dépression mélancolique, de la tristesse, de l'abattement, de la psychasthénie, avec céphalée, malaises vagues et insomnie ; des troubles du caractère : irritabilité, altération des sentiments affectifs, jalousie ; des modifications de l'humeur, qui devient, sans motifs, inégale, anormalement expansive ou méchante ; parfois même des perversions morales qui entraînent les malades à des actes regrettables ou délictueux.

Ces troubles psychiques peuvent, à titre de *prodromes très précoces,* précéder de fort loin l'apparition des symptômes de début de l'encéphalopathie tuberculeuse. Leur constatation, chez un malade porteur de lésions bacillaires et prédisposé d'ailleurs aux déterminations cérébrales, devra faire soupçonner la possibilité d'une *localisation encéphalique secondaire de la tuberculose;* on s'attachera alors à la recherche de certains petits signes dont le groupement a quelque valeur indicatrice à cet égard (troubles vaso-moteurs, cardio-respiratoires, digestifs ; hyperesthésie cutanée, douleurs céphalique, rachidienne, à la percussion des apophyses ; sensibilité exagérée des globes oculaires à la pression ; troubles pupillaires, etc.). Les intéressantes recherches d'Armand Delille, exécutées sur le chien par l'injection des extraits bacillaires d'Auclair, montrent d'ailleurs que l'intoxication tuberculeuse suffit à créer sans la présence du bacille lui-même dans les centres nerveux ou les méninges, l'ensemble réactionnel, anatomique et clinique, des lésions bacillaires infectieuses. Le *cytodiagnostic céphalo-rachidien* donnera, sur l'état de la pie-mère, des renseignements très utiles.

A une période plus avancée, la *tuberculose encéphalique* se révèle par des

[1] Péron. Recherches sur la tuberculose des méninges. *Arch. gén. de méd.*, 1898.

[2] A. Sicard. Le liquide céphalo-rachidien. Paris, 1902.

[3] Armand-Delille. Réaction des méninges à certains poisons du bacille tuberculeux humain. Recherches expérimentales (*Arch. de Méd. expér. et d'Anat. path.*, mai 1902).

[4] Klippel. Les paralysies générales progressives. Paris, 1900.

[5] Dufour, Rabaud, M. Dide. Tuberculose pulmonaire et mélancolie. *Soc. anat.*, 1899. Tuberculine. Tuberculose. Encéphalopathies délirantes. *Soc. de Neurologie*, 1899.

[6] Vurpas et Bienvenu. *Soc. médico-psychologique*, décembre 1902.

troubles psychiques que j'ai indiqués (Voy. *Méningite tuberculeuse, Tumeurs* et *Abcès de l'encéphale*) et sur lesquels je ne reviens pas.

Dans une série d'études de grand intérêt, Anglade [1] a démontré que l'infection tuberculeuse peut affecter des déterminations encéphaliques diffuses, de nature inflammatoire et hyperplasique, et aboutissant à la sclérose névroglique généralisée de la substance blanche, des couches profondes de la substance grise, et des zones sous-épendymaires des ventricules : que ces lésions provoquent des réactions névropsychopathiques, subaiguës ou chroniques (épilepsie, délires variés, excitation et dépression, etc.), et qu'il faut souvent chercher le secret de ces réactions cliniques dans les altérations que la tuberculose, comme la syphilis, peut, suivant les mêmes processus généraux, disséminer dans l'encéphale. La tuberculose peut créer, dans les méninges, au niveau de l'épendyme, dans la névroglie, des lésions diffuses ou nodulaires, (Ophuls [2]) avec ou sans bacilles, qui montrent l'analogie des réactions du système nerveux devant les infections tuberculeuse et syphilitique (Klippel).

Chez les alcooliques, parfois même chez certains sujets non alcooliques, la tuberculose détermine l'apparition de *polynévrites*, remarquables par leur caractère douloureux, dont l'évolution peut s'accidenter de troubles psychopathiques, de nature toxi-infectieuse subaiguë, qui rentrent dans le cadre de la *Psychose polynévritique des tuberculeux* (Voyez : *Psychopolynévrite*). Sans revenir sur une étude déjà faite, je rappelle ici l'intérêt de cette forme particulièrement grave de psychopolynévrite liée à l'*insuffisance hépato-rénale*, qu'on observe chez des femmes anciennement alcooliques, surmenées, qui meurent avec un ensemble de lésions, bien décrites par M. Faure, et imputables à la fois à la cachexie tuberculeuse et à l'intoxication alcoolique.

Cette esquisse résumée des relations pathogéniques et cliniques qui unissent certains troubles psychiques à la tuberculose, doit être terminée par la mention des *modifications imprimées au tableau clinique de la tuberculose par les troubles psychiques concomitants.* Or l'expression clinique des lésions pulmonaires est profondément modifiée par l'état psychopathique des sujets tuberculeux. Chez les *mélancoliques*, l'*évolution tuberculeuse* peut être presque *latente ;* l'absence de fièvre, de dyspnée, de toux, d'expectoration, et même de signes d'auscultation nets, témoigne de la diminution remarquable des réactions réflexes et de l'excursion respiratoire, chez ces malades [3]. La recherche des lésions tuberculeuses s'impose d'ailleurs chez tous les mélancoliques jeunes, dont l'état psychopathique peut à la fois reconnaître comme cause et masquer dans son expression la tuberculose pulmonaire. On dépis-

[1] Anglade. Deux aspects histologiques d'épendymite ventriculaire tuberculeuse. *Revue Neurologique*, 15 février 1902. — La tuberculose des centres nerveux. *Soc. de Méd. de Toulouse*, 1901. — La tuberculose chez les aliénés. *Annales méd. psychol.*, janvier 1902.

Anglade et Chocreaux (d'Alençon). — Sur une forme clinique et anatomopathologique de Méningo-encéphalite tuberculeuse. *Société de Neurologie*, 1903.

[2] Ophüls. Ueber Ependym Veränderungen bei tuberculoser Meningitis. *Virchow's Archiv.* Bd. 150, H. 2. 1897.

[3] Dufour et Rabaud. *Soc. anat.*, 1899. *Loc. cit.*

tera l'existence de l'infection bacillaire par l'étude attentive et répétée des signes physiques de l'affection ; la percussion donnera en l'espèce plus de renseignements que l'auscultation : et par la méthode des injections diagnostiques de tuberculine, prudemment appliquée chez les sujets suspects, à l'exemple de Hutinel, Grasset et Vedel, Landouzy, Dufour et Dide.

D'une manière générale, la *tuberculose pulmonaire est très fréquente chez les aliénés.* Il ressort des études de Dagonet et de Hagen que ceux-ci succombent à la phtisie dans une proportion beaucoup plus forte que les non-aliénés. Les causes de cette léthalité bacillaire sont nombreuses : ralentissement de la nutrition, inanition relative, troubles circulatoires pulmonaires, insuffisance de l'hématose ; contagion dans les asiles, etc. Ces causes s'appliquent surtout aux aliénés inertes et déprimés, comme les *mélancoliques* et les *déments ;* les maniaques sont, par la nature contraire de leurs troubles, moins exposés et moins sujets à la tuberculose. Les paralytiques généraux et les alcooliques sont, après les mélancoliques, les victimes les plus fréquentes de l'infection tuberculeuse.

9. ENCÉPHALOPATHIES DYSTROPHIQUES DIFFUSES D'ORIGINE VASCULAIRE

Je groupe, sous ce titre général, l'ensemble des troubles psychiques qui relèvent de la *dénutrition chronique* et progressive de l'encéphale et particulièrement du manteau cortical, secondaire aux *artériopathies* scléreuse, athéromateuse, graisseuse, des *intoxications chroniques,* externes (alcoolisme, saturnisme, etc.), ou internes (arthritisme, diabète, goutte, etc.), des *infections chroniques* (syphilis, tuberculose, etc.), et de la *sénilité.*

Ce chapitre, qui d'après son titre et l'annonce d'une si vaste matière, devrait être le plus long de cet article, sera en réalité le plus court. J'en ai, en effet, exposé la substance dans les différents chapitres, qui précèdent ou suivent celui-ci, et qui ont été consacrés à l'étude des psychopathies secondaires aux lésions limitées ou diffuses de l'encéphale, telles que l'hémorrhagie, le ramollissement, la sclérose en plaques, la syphilis, la tuberculose, etc. Mais, avant de résumer, sous le titre de Démences organiques, les conséquences générales et dernières des Encéphalopathies organiques, je crois utile d'indiquer ici brièvement l'existence des troubles psychopathiques fréquents, dus à des lésions vasculaires chroniques, et qui, par leur origine, leur nature, leur évolution et leur terminaison, constituent des *états de transition* entre les troubles intellectuels, déjà étudiés, qui relèvent des lésions en foyer du cerveau, et les syndromes démentiels qui traduisent la ruine générale et définitive du cerveau psychique.

L'*étiologie* des lésions qui président à ces troubles mentaux, est extrêmement variée : elle comprend l'ensemble des causes, souvent bien obscures, de l'artério-sclérose et de l'athéromasie. Ces altérations vasculaires, essentiellement diffuses, mais souvent prédominantes dans l'encéphale, y déterminent

des troubles nutritifs chroniques, progressifs, qui, chez les *prédisposés*, se révèlent par une atteinte des facultés intellectuelles, assez précoce et assez notable pour dominer le tableau clinique de l'artério-sclérose.

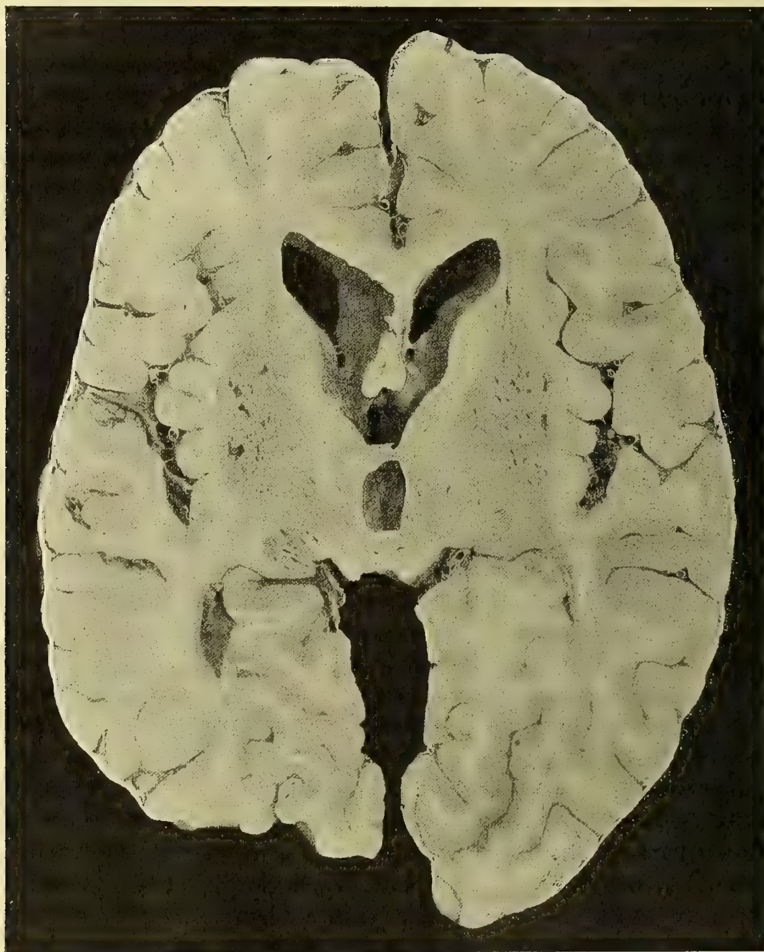


Fig. 177. — (Collection Dupré.) Même pièce que figure 148. Athéromasie cérébrale : épaississement de la paroi, élargissement de la lumière des artères sylviennes. Etat criblé disséminé, foyers de désintégration lacunaire. Dilatation des ventricules, épaississemen des méninges. Coupe transversale passant à 2 centimètres au-dessous du sommet de s hémisphères.

L'*anatomie pathologique* de ces lésions vasculaires est celle de la sclérose et de l'athéromasie des artères encéphaliques : les altérations prédominent sur le tronc basilaire, le polygone de Willis et les sylviennes (fig. 177).

On observe presque toujours en même temps un léger degré de *méningite* et d'*épendymite chroniques*, de *dilatation des ventricules*, et d'*atrophie*

cérébrale généralisée. A la coupe, on relève l'*état criblé* (Durand-Fardel) les *foyers de désintégration lacunaire* (Pierre Marie et Ferrand), les lésions de l'*encéphalite chronique subcorticale,* prédominant dans la substance blanche (Binswanger), et dues à l'ischémie des régions normalement peu vasculaires d'un cerveau, dont le progrès des lésions rétrécit de plus en plus le régime

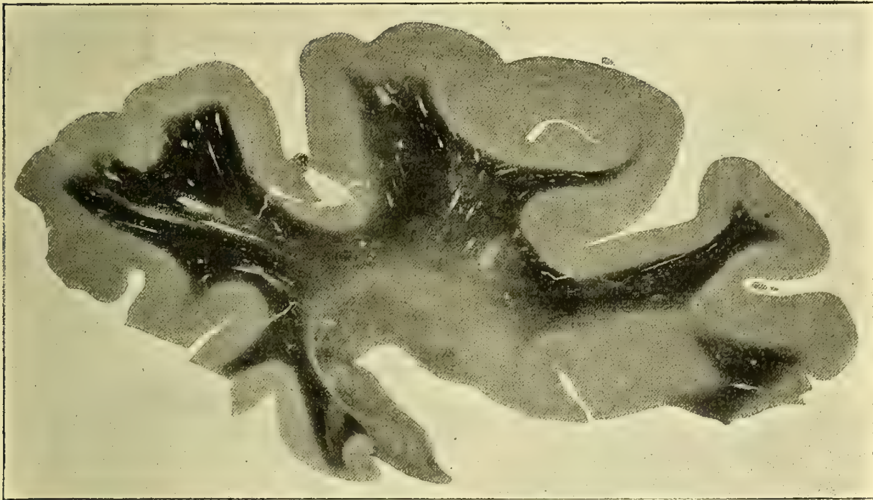


Fig. 178. — Encéphalite subcorticale chronique (type anatomique décrit par Binswanger). Intégrité relative de l'écorce. Nombreux foyers lacunaires avec traînées dégénératives secondaires dans les fibres de la substance blanche Préparation et photographie communiquées par le Dr Alzheimer).

circulatoire. Il existe, en somme, un semis irrégulier de lésions nécrobiotiques circonscrites et de foyers de ramollissement, au milieu d'un ensemble d'altérations dégénératives diffuses dans tout l'encéphale (fig. 178 et 179).

La *clinique* distingue, dans l'expression psychopathique de ces lésions, bien des formes et des degrés. Les formes sont déterminées par les aptitudes réactionnelles si diverses des individus, par les associations morbides en cause, etc. Les degrés sont réglés par l'intensité et la rapidité d'évolution du processus angiopathique.

On peut, à l'exemple d'Alzheimer[1], distinguer une forme légère et des formes graves. La première est caractérisée par des troubles diffus et relativement peu marqués de l'innervation cérébrale : céphalée, vertiges, somnolence diurne, insomnie nocturne, dysmnésie, lenteur et paresse de l'idéation, exagération de l'émotivité, sensiblerie, irritabilité du caractère, parasthésies intracraniennes, troubles subjectifs variés, etc. Tous ces symptômes de l'ar-

[1] Alzheimer. Die Seelenstörungen arteriosklerotischen Grundlage. — *Centralblatt f. Nervenheilk,* n° 149, juin 1902.

tério-sclérose cérébrale, récemment signalés et décrits par Lancereaux[1], Grasset[2], Régis[3], Kowalewski[4], Windscheid[5], et qui, dans leur ensemble composent une sorte d'*état neurasthénique,* lié à l'artério-sclérose, sur les variétés et l'origine duquel Régis a bien insisté, sont connus depuis fort longtemps. Gendrin[6] les détaillait déjà fort explicitement, lorsqu'il signale parmi les prodromes de l'apoplexie, l'inaptitude aux travaux intellectuels, la fatigue mentale facile, l'incapacité d'attention, l'irascibilité, et une « faiblesse morose qui exagère les impressions et produit des terreurs non motivées,



Fig. 179. — Atrophie cérébrale par artério-sclérose. Type d'encéphalite subcorticale chronique de Binswanger.

A, lobule paracentral. — B, corps calleux. — C, faisceau du système calleux en voie de dégénération. — D, foyer lacunaire dans le voisinage des lésions dégénératives. (Préparation et photographie communiquées par le Dr Alzheimer).

des inquiétudes déraisonnables sur nous-mêmes ou sur ceux qui nous touchent. »

Forbes Winslow[7] et Francis Deway[8], dans des études déjà bien anciennes,

[1] Lancereaux. *Leçons de Clinique médicale de la Pitié et de l'Hôtel-Dieu,* 1890.

[2] Grasset. Vertige des artério-scléreux. *Clinique médicale,* 1891.

[3] Régis. Neurasthénie et artério-sclérose. *Presse médicale* 1896.

[4] Kowalewski. L'artério-sclérose du cerveau. *Neurolog. Centralblatt.* Août 1898.

[5] Windscheid. Diagnostic de l'artério-sclérose. *Deutsche medicinische Wochenschrift.* Janvier 1902.

[6] Gendrin. *Traité philosophique de Médecine pratique,* t. I. p. 487, 1840.

[7] Forbes Winslow. Sur le ramollissement du cerveau. *Journal de médecine psychologique.* Londres, 1849.

[8] Francis Deway. Étude sur quelques signes avant-coureurs des affections graves du cerveau, considérés sous le rapport clinique, physiologique et médico-légal. *Gazette médicale,* Paris 1851.

décrivent, en les termes les plus judicieux, cet ensemble de troubles psychiques, révélateurs des lésions qui aboutissent à l'apoplexie et au ramollissement cérébral.

Les formes graves sont décrites par Alzheimer sous le nom de *dégénération artério-scléreuse grave progressive*, et d'*encéphalite chronique subcorticale* (type anatomique décrit par Binswanger).

Aux symptômes déjà énumérés s'ajoutent des alternatives d'excitation et de dépression psychiques, des troubles profonds de l'humeur et du caractère (apathie, états de stupeur, d'agitation motrice, etc.), des accès de confusion mentale, avec raptus hallucinatoires; parfois des ictus apoplectiques, aphasiques, épileptiques, etc. Les degrés encore plus graves confinent aux diverses formes organiques de la Démence (A. Alzheimer) [1].

La caractéristique de ces états démentiels réside dans l'association, au déficit intellectuel progressif, de troubles cérébraux variés, d'ordre paralytique, d'origine ischémique, et de lésions viscérales multiples de nature artério-scléreuse (néphrite interstitielle, myocardite chronique, aortite, etc.).

Beaucoup de ces cas ressortissent à la *sclérose multiple disséminée* de Grasset [2], avec prédominance anatomique et clinique du processus dans le cerveau.

Il résulte de ces associations morbides si riches et si variées, un complexus pathogénique dont il est fort difficile d'analyser les éléments, dans le déterminisme des troubles cérébraux. Les malades sont, en effet, à la fois, non seulement des *artério-scléreux* avec lésions nécrobiotiques disséminées dans le cerveau, mais des sujets en état d'*insuffisance hépatique* et surtout *rénale*, souvent des *gastropathes*, et plus fréquemment encore des *intoxiqués* (alcool, plomb, tuberculose, etc.).

L'observation clinique prolongée et attentive de ces malades démontre de fréquentes variations symptomatiques dans leur état cérébral, des oscillations parfois journalières dans leur niveau mental, et l'apparition épisodique de syndromes transitoires surajoutés au fonds permanent de la diminution fonctionnelle du cerveau.

Les plus fréquents parmi ces syndromes passagers et d'ailleurs récidivants, sont les accès de *catalepsie*, plus ou moins marquée et durable, les crises d'*aphasie*, sensorielle ou motrice, les périodes de *confusion* et de *demi-stupeur;* on peut observer des *accès épileptiques*, qui rentrent dans le cadre de l'épilepsie sénile ou au moins tardive, et dont le substratum anatomique n'est représenté que par le processus diffus de l'artério-sclérose, même sans néphrite atrophique concomitante bien évidente. J'ai ainsi observé, après Brissaud et Lamy [3], des états cataleptiques chez des vieillards artério-scléreux, dont la principale caractéristique était un état mental d'inertie

[1] A. Alzheimer. Nenere Arbeiten über die Dementia senilis und die auf atheromatöse Gefässerkrankung basierenden Gehirnkrankheiten. *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 1898.

[2] Grasset. Leçons de Clinique médicale. IIIe série, 1898.

[3] Brissaud et Lamy. Urémie et attitudes cataleptoïdes. *Semaine médicale*, 1893.

passive et de docilité obéissante, en vertu duquel les malades se prêtent à toutes les attitudes qu'on leur imprime, et les conserve fort longtemps sans ressentir de fatigue, sans manifester d'impatience, sans marquer d'étonnement[1]. Cet état d'indifférence et d'incuriosité, joint à la suggestibilité motrice et à l'aptitude cataleptique à garder les attitudes et à continuer les mouvements imprimés, signe de la désagrégation des éléments de la personnalité,



Fig 180. — (Collection Dupré.) Etat cataleptique chez un vieil artério-scléreux, atteint de tuberculose pulmonaire subaiguë, sans insuffisance rénale saisissable. L'état cataleptique, remarquablement persistant, se développait par accès paroxystiques, en même temps que de l'aphasie sensorielle, de la parapraxie, de la confusion mentale, à la suite d'accès d'épilepsie, prédominant du côté droit du corps. Mort dans un état de confusion et de subdélire onirique, suivi de coma. Nécropsie refusée. (Dessin fait d'après nature par Bessin).

est très fréquent chez ces malades âgés, athéromateux et en voie lente de déchéance démentielle. Brissaud[2], qui en a tracé une étude descriptive et analytique très exacte, suppose que ce syndrome est déterminé par des troubles circulatoires de l'écorce. Bauer[3], qui en a observé quelques cas de fort près, insiste sur la coïncidence de ce syndrome avec le type respiratoire de Cheyne-Stokes, et montre que ces troubles révèlent l'insuffisance corticale. J'ai insisté moi-même sur l'association très fréquente de ces états cataleptiques avec les états de *méningisme*, de *confusion*, de *stupeur*, d'*ex-*

[1] Dupré et Rabé. Méningisme et catalepsie. *Presse médicale* 1898.
[2] Brissaud. La catalepsie symptomatique. *Progrès médical*, 3 janvier 1903.
[3] Bauer. Catalepsie et rythme de Cheyne-Stokes. *Revue neurologique*, 1903.

tase ; j'ai observé la succession, à différentes périodes, sur le même malade (fig. 180), de crises cérébrales transitoires, dont les éléments, par ordre d'apparition, étaient les suivants : accès d'épilepsie générale, à prédominance droite ; confusion mentale, demi-stupeur, aphasie sensorielle très marquée, catalepsie, et trémulations fibrillaires dans les masses musculaires des membres, surtout à droite, avec myoœdème. Le malade, au bout de quelques jours, sortait graduellement de cette crise pour recommencer à intervalles irréguliers la même série d'accidents.

Ce cas est intéressant parce qu'il démontre l'intermittence et l'inégalité d'action, sur un cerveau artério-scléreux, de processus toxiques, émanés en l'espèce d'un foyer de tuberculose subaiguë du poumon droit, mais qui peuvent, dans d'autres cas, reconnaître une autre origine (insuffisances rénale ou hépatique, troubles digestifs, infections exogènes, etc.). La genèse de ces syndromes subaigus réclame deux facteurs : d'une part l'athéromasie cérébrale, d'autre part une infection ou une intoxication surajoutée, sous une influence intercurrente, à l'insuffisance circulatoire chronique de l'encéphale.

Ces faits démontrent l'étroite parenté qui relie, dans l'expression clinique de l'artério-sclérose cérébrale, tous ces syndromes névropathiques et psychopathiques, et l'intérêt qui s'attache à l'étude des rapports réciproques de ces réactions morbides : elles traduisent toutes la souffrance nutritive de la corticalité. Suivant la prédominance, dans ce processus diffus, des altérations sur tel ou tel domaine artériel, les symptômes varieront dans leur siège et leur nature : c'est ainsi que le syndrome anatomo-clinique traduira le maximum des lésions dans le domaine de la *cérébrale antérieure* (ictus sans localisations hémiplégiques persistantes, monoplégie ou paraplégie incomplète d'origine lobulaire paracentrale, troubles de l'activité psychique spontanée, de la mémoire, etc.), dans celui de la *cérébrale moyenne* (hémiplégie, aphasie, dysarthrie, etc.), dans celui de la *cérébrale postérieure* (hémianopsie, cécité verbale, cécité psychique, troubles de l'orientation topographique, etc.), dans les *sphères symétriques des régions corticales ou centrales* (paralysies pseudo-bulbaires, dysarthries, troubles psycho-réflexes, démarche à petits pas, etc.). Mais une notion domine toute cette séméiologie anatomo-clinique : c'est la proportion du déficit démentiel à l'étendue et à la profondeur des lésions corticales. L'enquête psychologique apporte donc en réalité au médecin, sur la diffusion et le siège des altérations cérébrales, les renseignements les plus précieux.

Je passe ici sur les éléments somatiques du syndrome cérébral présenté par les artério-scléreux : les ictus, les hémiplégies, les dysarthries, les troubles de la déglutition, de la marche, etc. Les études de Marie, de Brissaud, de Déjerine et de leurs élèves, Halipré, Comte, Ferrand, etc., les ont bien mis en lumière. Je ne reviens pas sur les troubles déjà décrits (page 1076) de la psychoréflectivité, du langage et de la mimique : je mentionne ici l'association aux éléments du syndrome cérébral de l'athérome, des troubles fonctionnels des membres inférieurs, caractérisés par de la faiblesse avec contracture, décrits par Pic (de Lyon) sous le nom de *parésie spasmodique des*

athéromateux, et dont Reverchon [1] a montré les relations, anatomiques et



Fig. 181. — (Collection Dupré.) Mélancolie chronique avec trophœdème. Ce cas montre l'association de troubles psychopathiques à ce syndrome anatomo-clinique si particulier du trophœdème, dont les études de H. Meige ont montré la nature neurotrophique, héréditaire et familiale, et les étroites relations avec la famille névropathique.

cliniques, avec les foyers lacunaires de désintégration cérébrale, la dégéné-

[1] Léon Reverchon. La parésie spasmodique des athéromateux. *Thèse de Lyon,* 1902.

rescence athéromateuse des vaisseaux, et les troubles fonctionnels du faisceau pyramidal. Reverchon a constamment retrouvé chez ses malades les signes psychopathiques de l'artério-sclérose corticale, particulièrement la diminution de la mémoire, le ralentissement des opérations intellectuelles, l'exagération de l'émotivité, les troubles de la psychoréflectivité, les vertiges, etc. Ce syndrome de l'athéromasie du système nerveux est d'observation fréquente dans les hospices de vieillards.

A ces troubles psychiques si variés, et caractérisés, en général, par le déficit des facultés, s'associent souvent, chez les prédisposés, des syndromes vésaniques (obsession, mélancolie avec ou sans délire, psychoses, hallucinations) qui reconnaissent une pathogénie variée (dégénérescence mentale, intoxications exogènes ou endogènes, surmenage, etc., (fig. 181). Le moindre appoint toxique ou traumatique suffit à ébranler ces cerveaux déjà si compromis dans leur équilibre nutritif et fonctionnel par les lésions chroniques de l'athérome. On peut prendre comme type de ces associations vésaniques aux encéphalopathies organiques l'observation de Séglas[1]. De nombreux faits analogues sont cités dans les travaux de Ritti[2], Régis[3], Pécharmant[4], etc.



Fig. 182. — (Collection Dupré.) Dépression mélancolique chronique chez une myxœdémateuse. Affaiblissement démentiel.

Enfin, dans un ordre de faits similaires, l'involution présénile ou sénile du cortex, liée à l'artério-sclérose, est la grande cause étiologique, d'après Krœpelin[5], Capgras[6], etc., du développement de cette forme de mélancolie affective, qui apparaît souvent chez les femmes, à l'époque de la ménopause, et qui serait, chez les prédisposées, l'expression psychopathique relativement précoce de la régression organique de l'écorce cérébrale.

L'analyse minutieuse de la pathogénie de ces *troubles neurasthéniques* et *mélancoliques*, avec ou sans affaiblissement intellectuel, de la *ménopause*, permet parfois de rapporter le syndrome psychopathique à l'influence, sur un cerveau artério-scléreux, de troubles nutritifs provenant eux-mêmes d'*in-*

[1] Séglas. Neurasthénie tardive. Idées obsédantes. Ramollissement cérébral. *Société médico-psychologique*, 1891.

[2] Ritti. Les Psychoses de la vieillesse. *Congrès des Aliénistes de Nancy*, 1896.

[3] Régis. Les Psychoses de la vieillesse. *Annales médico-psychologiques*. Mars-avril 1897.

[4] Pécharmant. Les Psychoses de la vieillesse. *Thèse de Paris*, 1898.

[5] Krœpelin. Lehrbuch der Psychiatrie. Leipzig, 1899.

[6] Capgras. Essai de réduction de la mélancolie à une psychose d'évolution présénile. *Thèse de Paris*, 1900.

suffisances glandulaires (thyroïdienne, ovarienne, surrénale), dues à l'involution atrophique prématurée ou accidentelle de ces organes à sécrétion interne, dont l'action est si puissante sur la nutrition et le fonctionnement du névraxe. J'ai insisté, à propos d'un cas de dysthyroïdie pubérale [1], sur la *dysthyroïdie de la ménopause* (fig. 182), et sur les synergies organiques qui relient, dans le domaine pathologique comme dans le domaine physiologique, l'ovaire et la thyroïde. Dufour et Rogues de Fursac [2] ont montré, par le critère thérapeutique, les relations de la neurasthénie et de l'*insuffisance surrénale*, précisément sur une femme de cinquante-quatre ans. Klippel [3] a d'ailleurs démontré la réalité de l'*encéphalopathie addisonnienne*, sous la forme de lésions diffuses subaiguës, avec infiltrations péri-vasculaires et fibrillaires.

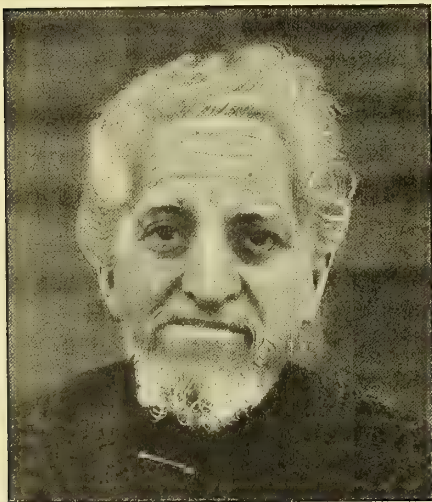


Fig. 183. — (Collection Dupré.) Démence présénile (cinquante-deux ans) par artério-sclérose, chez une dégénérée remarquablement barbue. Phénomènes intermittents d'excitation. Mort par urémie (néphrite scléreuse atrophique).

On voit, par ces considérations, combien est complexe le problème pathogénique de ces *encéphalopathies préséniles des artério-scléreux*, (fig. 183).

IV. — DÉMENCES ORGANIQUES

Cette Revue des psychopathies d'origine organique, dont les chapitres inégaux rapprochent, en un groupement un peu artificiel, des tableaux si différents, trouve son terme naturel et comme sa conclusion logique, dans un dernier chapitre consacré aux *Démences organiques*.

De tous les états psychopathiques d'origine organique, la démence représente le plus fréquent et comme la forme terminale nécessaire de l'évolution morbide, liée aux progrès des lésions. Mais l'étude clinique générale des Démences a déjà été exposée plus haut, au livre de la séméiologie et aux chapitres de la terminaison des psychoses constitutionnelles et toxiques ; la

[1] E. Dupré et Pagniez. Infantilisme dégénératif et dysthyroïdie pubérale. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 2. 1902.

[2] H. Dufour et Rogues de Fursac. Neurasthénie et capsules surrénales. *Société de Neurologie*, 7 décembre 1899.

[3] M. Klippel. Encéphalopathie addisonnienne. *Société de Neurologie*, décembre 1899.

démence paralytique a fait l'objet d'une étude spéciale ; enfin, à l'occasion de la revue des troubles psychiques dans les lésions cérébrales, ont déjà été signalés les principaux éléments des états démentiels organiques. Je ne donnerai donc ici qu'un court aperçu de la *pathologie générale des démences organiques.*

Définition. Étiologie. — On entend, sous le terme général de *Démence, l'affaiblissement à tous ses degrés et l'anéantissement définitifs de l'activité psychique.* Cette *destruction de la mentalité* ne doit pas être confondue avec les différents états qui peuvent la simuler (états de stupeur, de confusion, de torpeur, d'obnubilation, d'aphasie, de débilité). L'état démentiel est presque toujours le terme d'une évolution morbide, rapide ou lente, régulièrement ou irrégulièrement progressive, dont le processus destructeur extensif aboutit, par l'atteinte diffuse des cellules corticales, à la ruine du siège organique de l'intelligence. Les *états de démence* sont donc essentiellement des *états secondaires.* Ils succèdent à des affections primitives, ou, tout au moins, antérieures, qui s'affirment par des troubles cérébraux et psychopathiques, aigus ou chroniques, continus ou rémittents, et qui se jugent, après un cours irrégulier ou précipité, ou au contraire au terme d'une évolution lente et régulière, par la disparition plus ou moins complète des manifestations de l'activité psychique.

Très nombreuses et très variées sont les affections cérébrales, au cours ou au décours desquelles apparaît la démence. Ce sont les *encéphalopathies histologiques diffuses, d'origine toxique, aiguës* (infections générales fébriles, empoisonnements, par CO, CS^2, etc.), et *chroniques* (tuberculose, pellagre, syphilis, alcoolisme, saturnisme, morphinisme, etc.) ; les *encéphalopathies à lésions grossières, solitaires, multiples ou diffuses* (hémorragie, ramollissement, tumeurs, gommes, abcès, scléroses, méningites, méningo-encéphalite diffuse, etc.) ; les *encéphalopathies dystrophiques d'origine vasculaire* (artériopathies scléreuse, graisseuse, athéromateuse, sénile). Ce premier groupe de lésions préside à l'étiologie des *démences* dites *organiques.*

Parmi ces démences, une mention spéciale doit être réservée à deux variétés particulières, auxquelles leur étiologie, leur évolution, leur substratum anatomique et leur expression clinique, assignent des caractères pathognomoniques : ce sont la *démence paralytique* et la *démence sénile.*

Les *encéphalopathies épileptique* et *choréique* auxquelles on peut adjoindre la maladie de Parkinson, figurent dans l'étiologie des *démences* dites *névrosiques.*

A un troisième groupe d'affections cérébrales, les *vésanies chroniques* (manie, mélancolie ; psychoses périodiques, systématiques, dégénératives) peuvent succéder les *démences* dites *vésaniques.* Dans ce dernier groupe une mention particulière doit être accordée à cette variété de démence, que son époque d'apparition, son évolution, ses caractères propres, son étiologie, souvent dégagée d'accidents vésaniques antérieurs, et d'apparence primitive, ont individualisée sous le nom de *démence précoce.*

Le tableau suivant résume l'étiologie générale des Démences :

DÉMENCES	TOXIQUES : Lésions histologiques diffuses des infections et des intoxications.	Aiguës.		Fièvres. Empoisonnements aigus ou subaigus.
		Chroniques	Infections chroniques.	Syphilis. Tuberculose. Pellagre, etc.
			Empoisonnements chroniques. . . .	Alcool. Plomb. Morphine. Diabète, etc.
	ORGANIQUES : Lésions macroscopiques et histologiques des méningo-encéphalopathies en foyer ou diffuses.	Encéphalopathies en foyer. . . . . Lésions solitaires, multiples, disséminées ou diffuses.		Hémorrhagie et ramollissement. Tumeurs. Abcès. Gommes. Scléroses. Méningo-encéphalites diffuses.
		Encéphalopathies dystrophiques d'origine vasculaire.		Artériopathies cérébrales de l'arthritisme, de la sénilité, etc.
	PSYCHONÉVROSIQUES : Lésions de gliose diffuse avec dégénérescences cellulaires	Epilepsies chroniques. Chorées chroniques.		
	PSYCHOSIQUES : Lésions cellulaires dégénératives corticales	Psychoses systématiques progressives. Manie et mélancolie chroniques. Psychoses périodiques. Psychoses dégénératives. Démence précoce.		

Anatomie pathologique. — Cette classification étiologique générale répond à la sériation grossière des causes nosologiques des états démentiels. En réalité cependant, qu'elle soit secondaire à une névrose chronique, à une psychose, ou qu'elle succède à une lésion cérébrale grossière, la démence, expression terminale de la ruine de l'édifice intellectuel, reconnait toujours un substratum anatomo-pathologique, caractérisé par la *dégénérescence diffuse des neurones corticaux*. Primitivement inflammatoires ou atrophiques; associées à de nombreuses altérations antérieures et contemporaines, ou au contraire relativement isolées; générales d'emblée ou secondairement étendues par diffusion progressive à toutes les circonvolutions; fort variables d'ailleurs, dans leur aspect, leur intensité, leurs relations avec les altérations ambiantes des vaisseaux, des méninges, de la névroglie, etc., ces lésions existent chez tous les déments; et l'on peut affirmer, avec Nissl, que la Démence, quelle que soit son origine, a toujours un *substratum anatomique objectivement démontrable*. Toutes les démences sont donc foncièrement organiques ; et, en général, même dans les cas où existent de grosses altérations macroscopiques de l'encéphale, les lésions qui conditionnent la démence ne peuvent, à cause de leur finesse, s'apprécier et surtout se mesurer qu'à l'*examen microscopique*.

Dans les *démences aiguës*, toxiques ou organiques, les lésions sont généralement caractérisées par l'*altération profonde et rapide des cellules corticales :* chromatolyse diffuse; déplacement, déformation et fonte du noyau ; vacuolisation et déformation, atrophie et nécrose du corps cellulaire; disparition des prolongements; activité neuronophagique, prouvée par la présence d'éléments cellulaires ronds, d'origine leucocytaire, groupés autour des élé-

ments ganglionnaires malades : prolifération de la névroglie ; dans certains cas, artérites pie-mériennes, leucocytose péri-vasculaire. Dans les *démences chroniques,* toxiques, organiques, dystrophiques, les lésions, également diffuses, consistent en *dégénérescences cellulaires nécrotiques,* associées à des altérations méningées, vasculaires, névrogliques, dont le caractère général témoigne parfois de l'origine étiologique du processus démentiel.

Dans la démence *alcoolique*, dominent les épaississements des méninges, la stéatose des vaisseaux, la dégénération atrophique granuleuse des cellules. Dans la démence *saturnine,* on observe souvent l'induration cérébrale, la sclérose artérielle ; dans les démences *syphilitique et tuberculeuse,* on relève les produits anatomopathologiques spécifiques des deux infections causales (tubercules ou gommes, infiltrations scléreuses, artérites, méningites) : dans la démence *pellagreuse,* on a trouvé des lésions cellulaires de chromatolyse, de déplacement du noyau, d'atrophie, de surcharge pigmentaire (Marinesco, Babès, M. Dide, etc.) avec arachnitis inconstante, gliose sous-piemérienne.

Les démences dites *organiques* se spécifient par leurs *lésions en foyers,* et les *altérations diffuses de l'écorce*, avec neuronophagie toxi-infectieuse surtout marquée dans les abcès et les néoplasmes de l'encéphale. La démence *dystrophique d'origine vasculaire,* se marque par des lésions artérielles prédominantes : athérome du polygone de Villis et des cérébrales, du tronc basilaire ; dilatation ventriculaire, léger épaississement des méninges ; atrophie générale de la masse cérébrale ; encéphalite chronique subcorticale, foyers de désintégration lacunaire disséminés ; infiltration granulopigmentaire des cellules corticales. La démence *sénile* offre le type de ces états démentiels d'origine dystrophique, où la réaction névroglique est nulle ou peu marquée, les altérations artérielles de nature scléro-athéromateuse et les lésions parenchymateuses caractérisées par l'infiltration pigmentaire et l'involution atrophique de la cellule. Ce processus a été bien étudié, il y a déjà longtemps par Marcé[1], Pierret et Troisier[2], et depuis par Marinesco[3], Philippe[4], Bridier[5].

La démence *paralytique* se caractérise par un ensemble de lésions parenchymateuses, interstitielles et vasculaires déjà décrites, sur lesquelles je ne reviens pas. La démence *choréïque* est causée, d'après les recherches de Ladame, de Lannois[6], de Kattwinkel, de Kéraval et Raviart, par des lésions corticales assez particulières. Ces lésions consistent dans une infiltration de l'écorce par des cellules rondes, que colore en bleu le Nissl, d'origine névro-

[1] Marcé. Recherches sur la démence sénile, 1863.

[2] Pierret et Troisier. *Arch. de phys. normale et patholog.*, mai 1875.
Pierret. *Thèse* Dechery, Paris (1870). *Thèse* Bride, Lyon, 1888.

[3] Marinesco. Involution de la cellule nerveuse. *Rev. scient.*, juin 1900.

[4] Philippe. *Semaine médicale,* 1900.

[5] Bridier. Essai sur l'Anatomie pathologique des Démences. *Thèse* Lyon, 1902.

[6] Lannois, Paviot et Mouisset (de Lyon) Contribution à l'anatomie pathologique de la chorée héréditaire. *Revue neurologique,* mai 1901. On trouvera dans ce Mémoire les indications bibliographiques relatives aux auteurs que je cite ici sans renvoi.

glique ou leucocytaire. Accessoirement, ont été signalées l'atrophie des fibres tangentielles (Kattwinkel), des altérations des cellules pyramidales, et plus rarement, des vaisseaux. En général, la méthode de Marchi démontre l'intégrité des fibres de la substance blanche dans l'encéphale et la moëlle.

Clinique. — Je n'entreprendrai point ici la description de la symptomatologie des démences organiques, dont on trouvera les principaux éléments dans les articles précédents, consacrés à l'étude des diverses encéphalopathies. La plus importante de ces démences organiques, la démence paralytique, a été décrite en un chapitre spécial. Après de brèves remarques relatives à certains états démentiels, je consacrerai quelques pages à l'un des types les plus communs de démence organique, la démence sénile.

Les *démences toxiques aiguës*, généralement d'origine infectieuse (fièvre typhoïde, grippe, septicémie puerpérale, états d'épuisement, etc.), succèdent à un *syndrome psychopathique grave et prolongé*, dont les éléments sont représentés par la stupeur, la confusion mentale, l'amnésie, le délire hallucinatoire et onirique, et un riche cortège de symptômes nerveux et somatiques qui dominent la situation clinique. Ce syndrome, qui a été décrit à propos de la psychopolynévrite, peut, lorsque le malade ne succombe pas, *guérir complètement ou incomplètement*, ou *se terminer par un état définitif de démence* plus ou moins profonde. La guérison incomplète se caractérise par la persistance de quelques symptômes (amnésie lacunaire, aprosexie, impossibilité de travail intellectuel, etc.), de certaines obsessions ou d'idées délirantes fixes, qui peuvent devenir le noyau d'origine d'un délire systématisé secondaire. C'est là un mode de passage à l'état chronique d'une folie aiguë dans ses origines. Cette évolution ne s'accomplit pas sans un degré variable, mais constant, d'affaiblissement intellectuel ; celui-ci s'aggrave par la suite et donne à la *paranoïa secondaire* son véritable caractère de psychose à tendance démentielle assez rapidement progressive.

Dans d'autres cas, la démence succède directement aux troubles psychiques toxi-infectieux. Ceux-ci revêtent alors une de ces formes de confusion mentale, dite : *démence aiguë agitée* ou *démence aiguë apathique*, ou les formes *méningitique*, *typhoïde*, *cachectique* sur lesquelles a insisté Séglas ; et le malade reste pendant des mois, voire des années, dans un *état mental grave*, dont le pronostic, toujours très inquiétant, n'est cependant pas constamment inexorable : car on a vu de ces malades revenir au bout de plusieurs années à un assez bon état de santé cérébrale. Mais lorsque les accidents psychopathiques subaigus toxi-infectieux se prolongent, sous l'une des formes précitées, plus d'une année, la démence se confirme par la persistance ou l'*aggravation des symptômes intellectuels et l'amélioration progressive des signes somatiques*, notamment : le retour de l'appétit, et l'accentuation de l'embonpoint. Dans la sphère psychique, la déchéance des facultés se marque par l'*indifférence affective et morale* du sujet, la *disparition de la curiosité, de la pudeur ;* l'accentuation de l'*apathie*, l'apparition du *collectionnisme*, de la *stéréotypie* des gestes et des habitudes, la *négligence générale*, le *gâtisme*.

Les *démences toxiques chroniques,* d'origine alcoolique, saturnine, morphinique, etc., évoluent tout différemment. La déchéance intellectuelle s'effectue selon une courbe descendante irrégulière, saccadée, dont les chutes rapides, correspondant aux épisodes psychopathiques subaigus de l'intoxication, sont suivies de relèvements tardifs, lents et incomplets, correspondant aux périodes de diète toxique et de traitement. L'*abaissement du niveau intellectuel* progresse ainsi, parallèlement, mais non proportionnellement, à la *déchéance de l'état général,* dont les progrès aboutissent à la *cachexie* alcoolique, saturnine, morphinique, etc. Beaucoup de ces démences revêtent l'*aspect et les allures de la paralysie générale,* surtout à l'occasion des *épisodes subaigus* intercurrents, de confusion, de stupeur, de bouffées délirantes passagères, d'agitation de dépression, etc., qui *accidentent l'évolution irrégulièrement mais non fatalement progressive des démences toxiques.* Le processus est susceptible, suivant les cas et les sujets, d'arrêt et de rétrogradation, et ces démences toxiques sont, jusqu'à un certain degré de leur évolution, *régressives.* Ces états démentiels toxiques sont aussi très souvent associés à des encéphalopathies artérielles, des affections chroniques avancées du rein et du foie, qui apportent au complexus morbide, un appoint varié, (ischémie cérébrale, auto-intoxications, etc.), et compliquent encore l'expression clinique d'encéphalopathies d'étiologie si hétérogène.



Fig. 184. — (Collection Dupré.) Chorée chronique avec état démentiel avancé. Agitation motrice modérée. Satisfaction et optimisme.

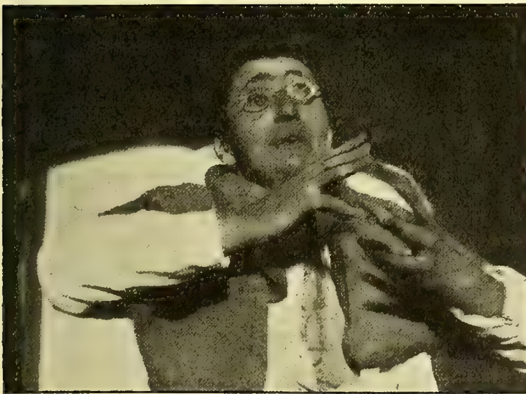


Fig. 185. — (Collection Dupré.) Chorée chronique avec état démentiel avancé. Agitation incessante, sauf pendant le sommeil, et très marquée. Excitation psychique continue. Troubles du caractère, (réclamations, disputes, etc.). Exagération de l'émotivité.

La *démence choréique* (fig. 184) apparaît au cours et s'aggrave aux périodes avancées de cette forme de chorée, isolée par Huntington, et spécifiée par son étiologie souvent héréditaire et familiale, son début tardif, son caractère d'affection chronique et incurable. Elle se marque par un *affaiblissement intellec-*

tuel lentement progressif et des *troubles du caractère*, qui devient de plus en plus irritable et coléreux (fig. 185). Les malades sont capricieux, exigeants, hargneux, s'emportent facilement et profèrent des menaces de suicide, qu'ils ne mettent que très exceptionnellement à exécution. Ils sont *très émotifs*, et redoublent d'agitation au moment de l'examen, des conversations, etc. Comme cette affection évolue toujours sur un terrain de dégénérescence mentale très accusée, elle comporte, dans son cours, l'*apparition possible de troubles psychiques très variés* (délires passagers, hallucinations, périodes d'excitation et de dépression, etc.), généralement transitoires, et de caractère toujours démentiel. Certains auteurs ont essayé de rapprocher, au nom de grossières analogies communes, la démence choréique de la démence paralytique (Phlebs, Hallock). Binswanger[1] a d'ailleurs cité un cas dans lequel on aurait trouvé, à l'autopsie d'une chorée chronique, les altérations caractéristiques de la paralysie générale. Il faut en conclure que les deux affections, choréique et paralytique, peuvent s'associer et évoluer sur le même sujet. Ladame[2], après avoir justement insisté sur les différences fondamentales qui séparent les deux affections, propose de grouper les troubles psychiques de la chorée chronique sous l'appellation de *psychose choréique dégénérative progressive.*

La *démence sénile*, expression clinique de l'involution atrophique du système nerveux au déclin de la vie, a pour substratum anatomique l'*athéromasie des artères cérébrales*, la *dégénérescence graisseuse des capillaires*, l'*infiltration granulo-pigmentaire* et *atrophie diffuse et progressive des cellules corticales*. Conjonctivo-vasculaire et parenchymateuse à la fois par ses lésions, la démence dite sénile n'est pas absolument propre à l'âge avancé. Beaucoup de sujets, dont le système artériel en général et les artères cérébrales en particulier, présentent des lésions scléro-athéromateuses diffuses portent, selon le mot de Cazalis, l'âge de leurs artères : ces vieillards prématurés peuvent offrir les signes d'une déchéance intellectuelle, dont le processus anatomo-clinique ne diffère pas de celui de la démence sénile, mais qui, par l'époque de son apparition et souvent aussi la rapidité relative de son évolution, se distingue de la démence ordinaire des vieillards. Ces faits démontrent l'identité foncière de la pathogénie du syndrome démentiel dans ces différents cas, et la possibilité de toutes les formes de transition entre eux.

Inversement, un certain nombre de vieillards, d'une exceptionnelle validité cérébrale, conservent, jusqu'à un âge très avancé, la plénitude de leur intelligence. Presque toujours, ces sujets ont un système artériel à peu près intact. Cependant, certains vieillards, manifestement athéromateux, présentent une remarquable activité intellectuelle, et s'opposent ainsi à d'autres vieillards, à système artériel peu altéré, et atteints d'un indiscutable affaiblissement démentiel. Ces contrastes, qui mettent bien en lumière la variété des réactions psychiques de chaque sujet vis-à-vis des mêmes influences morbifiques, dé-

[1] Binswanger (d'Iéna). Réunion des Psychiatres et des Neurologistes de l'Allemagne du Sud. Halle, 1897.

[2] Ladame (de Genève). Des troubles psychiques dans la chorée dégénérative (*Archiv. de Neurologie*. 1900).

montrent le rôle considérable joué, dans l'étiologie de la démence sénile, par les qualités de résistance et de validité psychiques de l'individu.

Chaque sujet apporte en naissant un *capital psychique* de provenance héréditaire, dont l'*exploitation fonctionnelle* varie avec les conditions générales de la vie (éducation, milieu, circonstances, etc.), mais dont la *valeur foncière*, exprimée en qualités de résistance, d'énergie, de vitalité, demeure, à travers les vicissitudes de l'existence, presque inaliénable. C'est ce capital qui, au déclin de la vie, assure l'homme contre la décadence sénile des facultés. L'histoire a consigné, chez certains vieillards illustres, les exemples de cette curieuse *longévité intellectuelle :* mais l'observation de chaque jour nous en démontre la réalité, chez des sujets obscurs, dont l'existence et la vieillesse révèlent des qualités de vigueur et d'énergie mentales extraordinairement persistantes. Or, dans tous ces cas, le *caractère héréditaire* et souvent *familial* de cette *vitalité psychique* ressort de l'enquête anamnestique ; il semble même, au moins d'après de nombreuses observations, que, dans son influence psychogénétique, l'hérédité des parents ait des effets croisés sur le sexe des enfants : la mère transmet davantage au fils, et la fille hérite plutôt du père.

Inversement, l'*invalidité cérébrale héréditaire*, qui se traduit chez les descendants par l'une des multiples formes vésaniques de la dégénérescence mentale, peut s'affirmer chez les parents par une décadence sénile relativement précoce (*senium præcox*).

Le début de la démence sénile est insidieux, la marche en est lente, et l'*évolution* assez régulièrement progressive. Dans certains cas cependant, l'état démentiel s'installe presque soudainement et se développe avec rapidité, Lobstein, Virchow, Krafft-Ebing ont cité des faits de cet ordre. Ces cas, dont l'apparition s'encadre de *phénomènes somatiques*, malaise, fièvre, troubles généraux, etc., semblent correspondre à un *état toxi-infectieux* mal déterminé dans ses origines, qui précipite l'*involution sénile imminente* d'un cerveau déjà compromis dans sa nutrition.

L'involution sénile du cortex se traduit par un ensemble de *symptômes avant-coureurs de l'état démentiel* confirmé, et dont l'appréciation ne vaut que par la comparaison de l'état actuel avec l'état antérieur du même sujet. On constate ainsi une diminution, quantitative et qualitative, des fonctions psychiques, qui s'affirme par le ralentissement général des opérations mentales, la difficulté, puis la perte du pouvoir d'assimiler des idées nouvelles, d'évoquer les images, et par l'association de ces images et de ces idées, de former des concepts. L'affaiblissement progressif de la mémoire trahit la disparition des matériaux sensoriels et des acquêts psychiques. La *déchéance mentale* procède, dans la *hiérarchie psychologique, de haut en bas;* des *formes supérieures de l'intelligence, du sentiment et de la volonté* aux manifestations moyennes de la *mentalité commune* et de celles-ci aux produits inférieurs de l'*activité automatique*.

Les images et les idées, suivant la *loi de régression démentielle*, établie par Ribot, *disparaissent dans l'ordre inverse de leur chronologie d'apparition* : les dernières venues s'en vont les premières; dans la stratification suc-

cessive des couches de la psychogénie individuelle, les alluvions les plus récentes se dissolvent avant les dépôts plus anciens, et ceux-ci disparaissent avant les manifestations des instincts de la conservation individuelle liés à l'exercice des fonctions végétatives, qui représentent les premiers fondements de l'activité psychique.

Dans ses Principes de psychologie, Herbert Spencer a judicieusement établi les rapports inverses qui relient l'ordre ontogénique et hiérarchique des différentes classes de sentiments et l'ordre de leur disparition dans la démence sénile[1]. L'édifice de la personnalité mentale, ainsi lentement démoli de son couronnement à ses fondations, non seulement ne s'écroule pas d'un coup, mais garde longtemps *l'intégrité apparente de son aspect extérieur.* Cet aspect extérieur, qui résulte de l'habitus général, de la tenue, de l'expression du visage, de la démarche, du jeu machinal des gestes, des actes habituels de la vie quotidienne (jeux de société, lecture des journaux, promenades familières, etc.), demeure chez beaucoup de déments, grâce à la *persistance de l'automatisme psychologique*, remarquablement intact, *conserve au vieillard déchu les dehors de sa personnalité passée,* et masque à l'entourage la *ruine intérieure de l'édifice intellectuel.* Les formes conventionnelles de la politesse, exprimées par l'attitude, la mimique des gestes et des salutations, les manifestations du langage réflexe, etc., survivent chez beaucoup de déments du monde aristocratique, qui continuent ainsi à figurer, dans leur milieu, les apparences du rôle qu'ils y ont si longtemps tenu. La *synergie contractile automatique des muscles de la face*, vestige des jeux expressifs du masque, au temps où l'animait la projection successive des sentiments ; les *rides* du visage, reflet persistant de l'activité psychomimique antérieure, les *vieilles habitudes individuelles* qui composent à chacun, dans son regard, son port de tête, sa silhouette, etc., son cachet spécifique, et, pour ainsi dire, son *signalement psychologique :* tous ces reliquats morphologiques du passé persistent, mélangés à une nouvelle note expressive, d'origine récente, qui résulte directement de la démence actuelle.

Le *vide intellectuel,* l'*indifférence affective*, l'*apathie morale* de l'état démentiel impriment souvent à la physionomie de certains vieillards une expression de calme et de placidité, qui donne l'illusion d'un état d'âme, fait de sérénité paisible, de méditation profonde ou de souriante aménité. Ce *masque* résulte de l'encadrement, dans le décor du visage expressif d'autrefois, de l'atonie psycho-mimique de la démence actuelle.

Les *progrès de l'état démentiel* se marquent par l'accentuation de l'amnésie, la perte de tous les sentiments altruistes et affectifs, le développement de l'égoïsme, qui s'affirme cyniquement dans les propos, les actes, les revendications, surtout dans les domaines de la vie végétative (nourriture, coucher, objets usuels, argent de poche, etc.) ; le malade devient exigeant et ingrat, méfiant, avare, irritable ; il accuse les gens de son entourage de lui en vou-

[1] H. Spencer. Princ. of psychology. — D. Szysgal. Étude sur la loi de régression dans la Démence. *Thèse Paris,* 1891.

loir, de le voler, d'attenter à ses jours, etc. L'*insomnie nocturne* alterne avec la *somnolence diurne :* le dément se lève la nuit et se promène dans l'appartement, s'égare, se trompe de lit, fouille dans les meubles sans but saisissable, dérange toutes ses affaires, change les objets de place, en casse d'autres par maladresse ; et, le lendemain, oublieux de ses actes récents, accuse les siens de mettre le désordre autour de lui et de piller sa maison. Cette *agitation* nocturne, d'origine *anxieuse* ou *onirique,* est de nature *automatique* et incohérente, presque toujours *inconsciente.*

De ces désordres de la conduite à la turbulence et à l'agitation, le dément passe facilement (*démence agitée*)*;* ou, au contraire, s'immobilise dans un état de dépression plus ou moins profonde (*démence apathique*) avec stupeur et *gâtisme.*

La démence à *type alterne* résulte de la succession de ces états opposés. Je n'insiste pas ici sur les *accidents cérébraux* et les *complications vésaniques* de la démence sénile, dont j'ai étudié les formes et les conséquences, au chapitre des Encéphalopathies circonscrites (excitation et dépression, troubles sensoriels et aphasiques, idées délirantes, désordre des actes, etc.).

La démence sénile dure des mois et des années, et se prolonge d'autant plus que les vieillards sont entourés d'une hygiène mieux entendue. Lorsque, grâce à l'intégrité relative des grands appareils, la survie des déments est longue, la *mort anatomique et fonctionnelle du cerveau psychique* est depuis longtemps consommée, dans un organisme qui continue à *survivre à la direction et à la notion même de son existence.* Les grandes fonctions organiques continuent à s'accomplir assez régulièrement, et l'embonpoint, qui s'est souvent établi au moment de l'effondrement définitif de l'intelligence, s'accentue à cause de la *voracité* et du *bon fonctionnement digestif* de beaucoup de déments. Ce contraste, qui caractérise les états démentiels précoces, vésaniques ou séniles, entre la *prospérité des fonctions somatiques et la déchéance des fonctions psychiques,* ne s'observe pas ou s'observe à titre précoce et seulement transitoire, dans la démence paralytique : cette affection paraît dépendre précisément d'un processus morbide diffus, qui non seulement attaque le névraxe, mais ne tarde pas à détruire l'organisme tout entier.

Arrivée à une phase avancée, la démence sénile, aggravée par la cachexie générale, se termine par un *ictus apoplectique,* une *pneumonie,* des accidents d'*infection urinaire* ou *bronchique;* ou dans le *marasme,* avec des *escharres* et les *accidents hypostatiques* du décubitus.

On a cité des cas où les déments, à l'agonie, recouvraient une certaine activité psychique et manifestaient, pour un moment, le *réveil ultime et inattendu d'une intelligence depuis longtemps absente.* Ces faits de lucidité agonique de certains déments, rapprochés de faits analogues dans certains accès de fièvre, démontrent que, même dans les états de démence profonde, l'*inhibition des processus* psychiques l'emporte sur l'*abolition réelle des fonctions;* la reviviscence possible, si courte soit-elle, en effet, d'états de conscience, témoigne contre la mort réelle de tout le substratum organique

de l'activité mentale, et prouve qu'un état très prolongé de *léthargie fonctionnelle* peut précéder la mort anatomique confirmée de l'organe psychique.

Diagnostic. — Le problème du diagnostic des démences se pose au médecin dans des conditions si différentes et devant des malades si variés, qu'on ne peut prétendre ici en exposer et en discuter les éléments. Ceux-ci ont été passés en revue, dans les chapitres précédents, à propos des états psychopatiques qui peuvent simuler l'affaiblissement ou l'anéantissement de l'intelligence.

Je rappellerai seulement ici les principales *situations psychopathiques* dans lesquelles le syndrome peut revêtir, pour un temps, les *apparences d'un état démentiel,* que l'évolution clinique ultérieure ne confirme pas.

Les *états de stupeur,* de nature mélancolique ou confusionnelle, ne doivent pas être confondus avec la démence apathique. Ces états, le plus souvent aigus ou subaigus, n'ont ni les antécédents, ni le mode de début, ni l'évolution des états démentiels; ils procèdent non pas de la destruction définitive, mais de l'*inhibition temporaire de l'activité psychique.*

Les *états de confusion,* primitifs ou secondaires, également aigus ou subaigus, temporaires, seront distingués de la démence par l'ensemble des signes, somatiques et psychiques, exposés à propos de la forme confusionnelle de la psychopolynévrite. La seule observation du malade (facies, regard, attitude, langage, etc.), en révélant l'*entrave,* l'*obnubilation* et le *désordre des opérations sensorio-psychiques* et non leur suppression, donnera souvent les principaux éléments de la solution du problème.

Les *états de torpeur* des sommeils et des comas pathologiques, d'origine *organique* (encéphalopathies circonscrites ou diffuses), *toxique* (encéphalopathies diabétique, urémique, saturnine, alcoolique, etc.), *névrosique* (états comateux, crépusculaires, vertigineux, hypnotiques, etc. de l'épilepsie et de l'hystérie), se distinguent des états démentiels par leurs antécédents immédiats, leur début, leur évolution, leurs accompagnements somatiques. Ils traduisent en eux-mêmes la *suspension temporaire de la conscience,* l'*interruption momentanée des fonctions de relation* en général, et non pas seulement le déficit de la mentalité. Celui-ci ne pourra s'apprécier, s'il existe, qu'au sortir de la crise de torpeur, au réveil de l'état de somnolence.

Ces différents états pathologiques, souvent aigus ou subaigus, s'associent fréquemment, à titre épisodique, soit au début, soit au cours des affections cérébrales chroniques, à tendances démentielles (paralysie générale, démence précoce, épilepsie, tumeurs cérébrales, etc., etc.). Le problème diagnostique consiste d'abord à les reconnaître ; ensuite à distinguer, à travers eux, pendant leur évolution, et à mesurer, après eux, lorsqu'ils sont dissipés, l'existence et le degré de l'*état démentiel sous-jacent.* La démence, lorsqu'elle préexiste aux accidents temporaires de stupeur, de confusion ou de torpeur, *s'aggrave par les mêmes causes* qui provoquent l'apparition de ces syndromes surajoutés : dans les autres cas, elle succède à l'*affection aiguë* qui a provoqué l'*orage cérébral*, et comme *on mesure l'étendue de dégâts irréparables* après

le passage de la tourmente, on peut, au sortir de la crise psychopathique, apprécier le *degré du déficit démentiel consécutif.*

Les *états d'obnubilation et d'abrutissement* diffèrent des états précédents par le caractère souvent prolongé et l'allure chronique de leurs mani-



Fig. 186. — (Collection Dupré.) Alcoolisme chronique. Remarquer, sous les paupières en demi-ptosis, le caractère atone, voilé et comme éteint du regard ; l'air de somnolence, de torpeur et d'hébétude du visage ; l'aspect de fatigue, de souffrance et de cachexie générale (le malade a traversé, trois semaines auparavant, une crise de délire subaigu, avec ivresse excito-motrice à forme pseudo-rabique) ; la sécheresse, le caractère hirsute de la moustache, chroniquement irritée par l'imprégnation alcoolique. L'expression d'ensemble est celle de l'abrutissement secondaire à l'alcoolisme chronique.

festations. Symptomatiques, le plus souvent, d'*intoxications* anciennes (alcoolisme (fig. 186), morphinisme, saturnisme, etc.), quelquefois de *pachyméningites chroniques,* d'origine traumatique, syphilitique ou toxique, ils s'expriment par l'inertie du masque, l'immobilité de l'attitude, le caractère lourd et ébrieux de la marche, la somnolence habituelle, l'expression endormie, mal réveillée ; ou encore assommée, et comme étourdie de la physionomie ; ces états soporeux comportent le plus souvent avec eux un degré d'affaiblissement démentiel variable qui augmente au fur et à mesure des progrès de l'affection causale. Au contraire, l'obscurcissement de l'intelligence s'éclaire et se dissipe, si la cause morbifique est éloignée ; aussi ces états représentent-ils un *aspect,* une *phase* des *Démences régressives,* intéressantes à opposer aux *Démences progressives.*

Je ne reviens ni sur le diagnostic psychologique de ces *états d'obscurcisse-*

ment pseudo-démentiel avec les *états de destruction vraiment démentielle de la mentalité* : ni sur le *passage* des premiers aux derniers, par l'aggravation progressive des troubles psychiques. Cette question a été étudiée ailleurs (Voy. : Diagnostic de la paralysie générale, et symptômes des psychopolynévrites).

Les *états aphasiques*, d'origine parfois toxique, mais le plus souvent organique, constituent les syndromes les plus difficiles à distinguer des états démentiels. En indiquant, au sujet des troubles du langage dans les encéphalopathies, les nombreux éléments du problème diagnostique qui, dans chaque cas particulier, se pose entre la *dysarthrie*, l'*aphasie motrice*, les *aphasies sensorielles* et leurs conséquences (jargonaphasie, verbosité, paraphasie, alexie, agraphie, etc.), la *surdité* et la *cécité psychiques*, et leurs conséquences, (parapraxie, désordre des actes, etc.) ; j'ai montré la complexité de la question de l'*état mental des aphasiques* ; et, tout à la fois, la difficulté théorique et l'intérêt pratique du problème diagnostique entre les aphasies, surtout les aphasies sensorielles, et la démence incohérente. Pratiquement, l'aphasie et la démence coexistent souvent, dans une proportion bien délicate à évaluer ; et théoriquement, la question se pose de savoir dans quelle mesure retentit sur l'intelligence, dans les troubles profonds du langage intérieur, la disparition des matériaux symboliques de l'activité psychique (Voy. p. 1076).

Les *états de débilité mentale*, d'ordre agénésique, doivent être distingués des états démentiels, d'ordre acquis. Lorsque le déficit intellectuel succède à une affection cérébrale infantile, le dommage causé à l'évolution psychique résulte beaucoup plus de l'*arrêt de développement* que de la régression de l'intelligence : ces *variétés de démence organique ultraprécoce* rentrent donc dans la catégorie de l'*idiotie* ou de l'*imbécillité congénitales*.

D'un autre côté, beaucoup de *débiles* sont exposés, en raison même de leur *vulnérabilité cérébrale*, à des *atteintes encéphalopathiques*, d'origine infectieuse (fièvre typhoïde, etc.) toxique (alcoolisme, etc.), évolutive (démence précoce), syphilitique (méningopathies, paralysie générale), qui *aggravent l'imbécillité agénésique d'un déficit démentiel* plus ou moins considérable, et parfois progressif. La *paralysie générale précoce*, d'origine hérédo-syphilitique, ou syphilitique infantile (syphilis du premier âge, des nourrissons), n'est pas rare chez les débiles, ainsi que l'ont établi les observations de Régis, Toulouse, Marchand, Vurpas, Dupré et Pagniez. La difficulté du diagnostic, en pareil cas, consiste à reconnaître le *début et les progrès* de la démence paralytique, chez des sujets d'une *indigence intellectuelle antérieure* notoire : les *signes somatiques* sont ici d'une constatation particulièrement précieuse : mais on doit se garder de confondre avec la dysarthrie paralytique les vices d'articulation si fréquents chez les débiles. Je ne reviens pas sur le diagnostic des bouffées délirantes des débiles avec les délires paralytiques (Voy. : Diagnostic de la paralysie générale).

Le *diagnostic différentiel des états démentiels* entre eux, se tire de l'anamnèse, des circonstances étiologiques, du mode de début, de l'étude des caractères intrinsèques de la démence, de ses concomitances somatiques et vésaniques, enfin de l'évolution morbide. *Chaque âge a ses démences* : l'*enfance*

est exposée à l'*idiotie*, résultat global des encéphalopathies du premier âge; l'*adolescence*, à la *démence précoce*, aux *démences infectieuses*; l'*âge adulte*, à la *démence paralytique*, aux *démences toxiques*, à la *démence épileptique*; l'*âge avancé*, aux *démences choréique, vésanique, athéromateuse*; la *vieillesse*, à la *démence atrophique dite sénile*.

Pathogénie. — L'affaiblissement persistant puis l'anéantissement définitif de l'intelligence sont liés aux troubles nutritifs prolongés puis à la mort anatomique et fonctionnelle des neurones corticaux. La *dégénérescence atrophique de ces organismes cellulaires* est le résultat de *processus morbides variés* : intoxications, infections, traumatismes, dénutrition par ischémie lente ou rapide, destruction neuronophagique, involution organique spontanée, précoce ou sénile. Lorsqu'un de ces processus a compromis, par des lésions définitives, sur une étendue notable, l'intégrité de l'appareil cellulaire, cortical et sous-cortical, dont la synergie fonctionnelle représente l'activité psychique même, l'état de démence, proportionnel à ces lésions, est créé.

L'appareil cellulaire complexe, substratum organique des fonctions psychiques, est constitué par les *neurones corticaux et sous-corticaux de projection et d'association*. Les premiers, qui projettent dans les centres sensoriels et sensitivo-moteurs les images représentatives du monde extérieur et de l'organisme, étant *bilatéraux* et *intercommunicants*, sont capables de *suppléances réciproques* : leur lésion unilatérale peut ne pas entraîner de déficit intellectuel. Les seconds, qui combinent, par les *commissures* intracorticales, intercorticales, intrahémisphériques, et interhémisphériques, les matériaux de l'activité sensitivo-sensorielle, sont d'un ordre fonctionnel plus élevé dans la hiérarchie des opérations psychologiques ; ces *agents de la synergie cérébrale* peuvent, dans les cas de *lésion unihémisphérique*, apporter les matériaux psychosensoriels du côté sain au côté malade, combler ainsi le *déficit psychohémiplégique* créé par la lésion, et assurer en définitive la *continuité du travail intellectuel*. En cas de *lésion étendue*, ces neurones sont incapables, dans leur rôle associatif, de suppléance : leur *destruction unilatérale* entraîne donc toujours un *déficit démentiel* appréciable.

La lésion des centres sensoriels et moteurs du *langage*, sur l'*hémisphère gauche*, entraîne un déficit démentiel, proportionnel à l'étendue et à la profondeur des désordres anatomiques, pour les deux raisons majeures : de l'*unilatéralité de ces centres*, qui ne peuvent être suppléés chez l'adulte par les régions symétriques de l'hémisphère opposé : et de l'*extrême importance de leur contenu*, représenté par des *images verbales*, matériaux essentiels de l'activité mentale. Aussi l'étude des démences organiques démontre-t-elle le *rôle intellectuel prépondérant de l'hémisphère gauche*.

La lésion *bilatérale*, dans les deux hémisphères, des *centres de perception communs*, même sans destruction des neurones d'association, détermine constamment, suivant son étendue, une altération démentielle proportionnelle.

En résumé, les *lésions bilatérales et étendues* des *centres de projection*, les *lésions unilatérales étendues* de la *zone du langage* et toutes les *lésions*

même *circonscrites*, des *organes* et des *centres d'association*, principalement du *lobe frontal* et du *corps calleux*, sont les *grandes causes de la démence*.

Les affections dont le processus destructeur attaque le télencéphale, par tous les points à la fois, comme la *paralysie générale*, la *démence précoce*, la *démence sénile*, sont celles qui déterminent l'*effondrement* le plus *général* et le plus *massif* de l'intelligence : elles entraînent une *démence globale* : quand le processus lésionnel ne détruit la corticalité et ses fibres associatives que par *poussées successives dans le temps*, et par *îlots circonscrits dans l'espace*, il détermine une *déchéance inégale et incomplète des facultés psychiques*, une *démence lacunaire*. Celle-ci, par le progrès des lésions, peut à la longue devenir *totale;* mais *elle est devenue totale* sans avoir été à proprement parler, *globale*. Cette dernière notion s'applique à la démence qui, dès ses débuts, et durant tout son développement, apparaît d'emblée *diffuse*, et anéantit, peu à peu, plus ou moins vite, mais *dans une involution générale et simultanée l'ensemble des facultés* morales, intellectuelles et volontaires : cette démence globale, particulière à la paralysie générale, est au début légère ou incomplète, mais jamais partielle ; elle apparaît ensuite, lorsqu'elle est progressive, de plus en plus profonde et complète, et, sans avoir cessé d'être globale, finit par devenir totale. La démence, abstraction faite de ses causes, peut ainsi offrir en elle-même beaucoup de *degrés* dans son *intensité* (D. légères ou incomplètes, profondes ou complètes) et dans son *étendue* (D. lacunaires ou partielles et D. globales ou diffuses) ; beaucoup de *variétés* dans ses *allures* (D. aiguës, subaiguës et chroniques), dans son *évolution* (D. régressives, stationnaires, progressives).

Ces considérations cliniques, jointes aux données de l'anamnèse étiologique, et à l'étude des formes symptomatiques (D. *apathique, agitée*, *incohérente, alterne*, etc.) peuvent éclairer utilement le *problème pathogénique du syndrome démentiel* en révélant le caractère aigu ou chronique, circonscrit ou diffus, parfois même la localisation approximative, des *lésions psychoplégiques*.

L'étude des démences démontre ainsi que l'*analyse minutieuse et l'interprétation critique des troubles psychiques*, apportent souvent un *appoint de notions très utiles* au *diagnostic anatomique des encéphalopathies*. L'examen soigneux de l'état mental dans ses modalités les plus subtiles constitue donc, au cours des maladies cérébrales, un supplément d'enquête indispensable. En étendant cette *enquête psychologique* à toutes les affections en général, on ne tarde pas à se convaincre de l'intérêt et de l'utilité de cette méthode, qui, appliquée à l'appréciation fine du diagnostic et du pronostic de la maladie, ainsi qu'à l'observation complète du malade et de ses réactions, mérite d'être recommandée au clinicien sous le nom de *psychodiagnostic*.

LIVRE VII

TROUBLES MENTAUX DANS LES LÉSIONS CÉRÉBRALES CONGÉNITALES OU INFANTILES

Par J. ROUBINOVITCH.

IDIOTIE

Définition. — Historique. — Sous le nom d'*idiotie*, on désigne un syndrome psychique résultant d'un arrêt congénital ou acquis du développement cérébral.

Du temps de Pinel on employait le terme d' « idiotisme » qu'on ne retrouve plus que dans certains traités étrangers.

Pour Esquirol, l'idiotie est un « état dans lequel les facultés intellectuelles ne se sont jamais manifestées, et pour mieux faire comprendre cette définition, il comparaît l'idiot au dément, le premier étant l'homme qui n'a jamais rien possédé, le second étant un capitaliste ruiné. Il y a là une exagération que les travaux ultérieurs de Georget, Ferrus, Delasiauve, Morel, Belhomme, Félix Voisin, Séguin, Schüle, Griesinger, Emminghaus, Ireland, Bourneville, J. Voisin etc., ont mise en parfaite évidence. La pensée n'est pas totalement absente chez l'idiot; la privation des facultés intellectuelles n'est pas absolue; elle est seulement en rapport avec l'intensité, la gravité plus ou moins grande des anomalies congénitales du cerveau et des vices de conformations somatiques. Ceci fait entrevoir une extrême variété de types d'idiots, et la vérité est qu'il n'existe pas deux de ces déshérités dont l'état mental et physique se superpose exactement : chaque sujet est un type à part.

D'ailleurs, Esquirol lui-même a été amené à établir des degrés divers d'idiotie et il a pris la faculté du langage pour base de la division; il a décrit ainsi des idiots pouvant dire quelques courtes phrases, d'autres qui ne peuvent émettre que des cris inarticulés, d'autres enfin dont la voix ne produit aucun son. La base de cette classification est trop facile à critiquer et nous savons maintenant que, dans bien des maladies, le mutisme absolu involon-

taire n'est nullement synonyme de l'absence de facultés intellectuelles. L'échelle établie plus tard par Morel est trop compréhensive ; cet auteur admet trois grands groupes : idiots, imbéciles, faibles d'esprit. Ces derniers s'éloignent énormément des idiots proprement dits, puisque ce qu'on constate chez eux ce n'est pas l'absence totale de l'intelligence, mais seulement un manque de jugement, des défauts partiels du sens moral et de la volonté. Ils rentrent plutôt dans la catégorie des débiles intellectuels, tandis que dans ce chapitre nous n'avons à nous occuper que des idiots et des imbéciles.

Le mieux encore, pour se faire une idée aussi exacte que possible des sujets de cet ordre, est d'en donner d'abord une description générale et d'en indiquer ensuite les principaux types cliniques. Il nous sera plus facile de dégager ultérieurement de tout cet ensemble symptomatique des notions sur la psychologie de l'idiot et de l'imbécile. L'étude des causes, de l'anatomie pathologique, des classifications, du diagnostic et du traitement de l'idiotie viendra tout naturellement après.



Fig. 187. — Facies dans l'idiotie congénitale (service de J. Voisin).

SYMPTOMATOLOGIE GÉNÉRALE. — Ce qui frappe dans l'*aspect extérieur* de l'idiot c'est sa figure généralement laide, grimaçante, ridée, au regard dépourvu d'expression, stupide (fig. 187 et 188).

De petite taille, quelquefois véritable nain, l'idiot offre souvent une singulière disproportion entre le tronc et la tête : celle-ci est trop petite ou trop volumineuse par rapport au reste du corps ; de plus, elle est difforme, mal faite. Ce manque de proportions se retrouve quand on compare les deux moitiés de la face, particulièrement asymétrique, ou bien quand on oppose l'une à l'autre les différentes parties du visage : le nez par rapport au front ou aux lèvres, les yeux par rapport au nez.

La partie inférieure de la figure, grâce à la bouche trop largement fendue munie de lèvres épaisses, informes, au-dessous desquelles est un menton fuyant, présente un aspect bestial. Souvent, la bouche est entr'ouverte, laissant écouler la salive. Le bec de lièvre est une malformation assez fréquente chez les idiots. Dans certains cas, la langue trop volumineuse, trop longue s'échappe à travers les arcades dentaires aussitôt que le sujet entr'ouvre la bouche.

Les *yeux*, au regard éteint, stupide, sont ou trop écartés l'un de l'autre

ou trop rapprochés. Ils sont enfoncés dans la tête de telle façon que les arcades orbitaires semblent former une saillie tout à fait exagérée. Parfois l'angle interne de l'œil est muni d'un repli semi-lunaire de la peau qui recouvre dans une étendue variable le globe oculaire, empêche la vision directe et produit le strabisme; c'est l'épicanthis congénitale (επὶ sur, et Κανθὸς, angle



Fig. 188. — Facies dans l'idiotie congénitale (service de J. Voisin).

de l'œil), qui peut être monoculaire ou double. Quelques auteurs donnent à cette malformation le nom impropre d'œil *mongolique*. Chez d'autres, on observe un épaississement ou une hypertrophie partielle congénitale du tissu sous-conjonctival de la conjonctive oculaire, en un mot le *ptérygion* congénital (de πτερύγιον, petite aile) ou l'*onglet* des vétérinaires. Les iris peuvent complètement manquer ou offrir une coloration inégale ; les pupilles sont souvent de grandeur différente. L'ectopie congénitale du cristallin s'observe quelquefois. Les paupières sont souvent atteintes d'un tic, et le strabisme est extrêmement fréquent (fig. 189 et 190).

Les *oreilles* des idiots sont très souvent déformées. Quoique la description de leur malformation soit faite à propos de stigmates physiques de la dégénérescence, rappelons que c'est surtout chez les idiots et les imbéciles qu'on retrouve les principaux types d'oreilles mal faites, types qui portent les noms de Morel, de Blainville, de Darwin, de Wildermuth, de Stahl. Les déforma-

tions du pavillon de l'oreille consistent dans ses dimensions trop grandes, son écart exagéré de la tête, l'absence ou l'adhérence du lobule, l'amincissement plus ou moins prononcé de son bord, l'irrégularité de ses différentes parties constitutives : l'hélix, l'anthélix, le tragus, l'antetragus, la conque, le développement d'un tubercule cartilagineux dans un point du rebord de l'oreille.



Fig. 189. — Idiotie. Strabisme supérieur (service de J. Voisin).

Les *dents* des idiots sont remarquables à plus d'un titre. Elles sont implantées souvent avec une extrême irrégularité et dans certains cas, au niveau du maxillaire supérieur par exemple, on trouve deux ou trois séries de dents plantées les unes derrière les autres. D'autres fois, la dentition est incomplète, retardée, caractérisée par la présence exclusive des dents de lait. Les dents sont difformes, cariées, articulées d'une façon souvent très anormale.

Le bec-de-lièvre que nous avons déjà signalé, peut se combiner avec une fissure de la voûte palatine ou bien une exostose médio-palatine de Chassaignac. Ces déformations peuvent exister seules ainsi qu'une excavation par trop considérable de la voûte. La déviation de la luette ou sa bifidité sont des malformations moins fréquentes.



Fig. 190. — Idiotie. Strabisme (service de J. Voisin).

Le bas de la figure de l'idiot est comme repoussé en arrière ; cela est dû au développement souvent insuffisant du maxillaire inférieur.

L'inspection du *tronc et des membres* révèle également l'existence de déformations : colonne vertébrale déviée, thorax en entonnoir, asymétrique, hernies congénitales. Les mains sont souvent mal faites, atteintes de polydactylie, de syndactylie, d'ectrodactylie ou de brachydactylie. Les pieds peuvent être le siège de toutes les formes du pied-bot congénital (figures 191 et 193).

Le développement irrégulier des *organes génitaux* s'observe communément. Chez les garçons, l'anomalie porte le plus souvent sur le siège du méat urinaire, et on trouve chez eux tantôt de l'épispadias, tantôt de l'hypospadias. Les testicules sont quelquefois atrophiés, quelquefois cachés dans la cavité abdominale (cryptorchidie); parfois un des testicules est absent. Le pénis prend un développement exagéré, (souvent sous l'influence de l'onanisme); dans d'autres cas, il reste à l'état rudimentaire. Le phymosis n'est pas rare. Chez les filles, on constate quelquefois l'absence ou l'imperforation du vagin, une vulve plus ou moins rétrécie, absence ou développement exagéré du clitoris. Au pubis, le poil apparaît trop tôt ou pas du tout. L'hermaphroditisme a été signalé, rarement, il est vrai.



Fig. 191. — Idiotie. Pied-bot congénital (service de J. Voisin).

Assez souvent, on trouve des difformités de l'anus sans qu'on puisse invoquer des pratiques hors nature.

La polymastie chez les filles et la gynécomastie chez les garçons sont à signaler également. Mais étant donné le niveau mental des idiots, toutes ces anomalies sexuelles anatomiques ont chez eux, au point de vue de l'inversion du sens génital, une importance beaucoup moins grande que chez les débiles intellectuels où elles peuvent s'observer avec une fréquence égale.

La peau présente souvent des nævi; les cheveux sont irrégulièrement implantés et empiètent sur le front. Le tourbillon est dévié ou double. Les ongles, difformes, sont friables, rongés souvent jusqu'à la matrice chez certains idiots onychophages.

On remarquera aussi des paralysies (hémiplégies ou monoplégies), des contractures, des spasmes, des tics, de l'athétose, de la maladresse dans les mouvements.

L'*examen somatique* de l'idiot permet de constater une série de troubles de la sensibilité, de la motilité, de la vasomotricité, de la nutrition générale et de l'activité génitale.

La sensibilité cutanée est le siège fréquent d'anesthésie totale ou partielle. La vue peut être absente par cécité congénitale ou acquise. L'amblyopie et

l'amaurose des idiots peuvent exister, grâce à une rétinite pigmentaire, à une atrophie plus ou moins accusée de la rétine et des nerfs optiques, à des vices de conformation cérébrale. La myopie ou l'hypermétropie, la dyschromatopsie ou l'achromatopsie, le strabisme, le nystagmus ne sont point rares.

Les lésions du rocher, les vices congénitaux dans la conformation de l'oreille interne, les désordres morphologiques du cerveau donnent lieu à la surdité et à la surdimutité.

L'odorat, le goût sont généralement nuls.



Fig. 192. — Idiotie. Déviation de la colonne vertébrale (service de J. Voisin).

Les troubles moteurs consistent en tics de la face, strabisme, tremblements, mouvements athétosiques des doigts, paralysies ou contractures généralisées ou partielles, atrophies musculaires localisées sur un seul muscle ou étendues à un certain groupe musculaire. La paralysie des sphincters explique l'existence fréquente chez l'idiot de l'incontinence d'urine et des matières fécales. Chez quelques idiots on observe de la rumination. Le bégaiement, quand ils arrivent à parler un peu, est fréquent. Beaucoup d'entre eux sont atteints de troubles moteurs se rattachant à l'épilepsie, à la chorée, à des affections chroniques de la moelle épinière. L'excitabilité électrique est affaiblie.

Les stases veineuses, le refroidissement des extrémités souvent cyanosées indiquent un affaiblissement de la vasomotricité, et la peau tantôt sèche, ridée, présentant sur le tronc ou les membres des vergetures, des taches de vitiligo, tantôt doublée d'un tissu adipeux mou, flasque, trop abondant, témoigne en faveur d'un trouble de la nutrition générale.

Les fonctions des organes génitaux sont nulles ou perverties. La masturbation est très fréquente dans les deux sexes. La menstruation est très retardée, insignifiante ou absente. L'impuissance et la stérilité sont, suivant les sages prévisions de la nature, la règle. On a cependant cité quelques exemples de femmes atteintes d'idiotie et devenues enceintes.

L'idiotie, qu'elle soit congénitale ou acquise, se manifeste chez les enfants par un singulier *état psychique* qui attire vite l'attention de l'entourage. Tout à fait différent des autres du même âge, l'enfant atteint de cette infirmité est dépourvu de toute spontanéité, de toute volonté, quelquefois de tout instinct, même de celui de téter. Ses sens sont fermés : il ne voit, n'entend rien, ne réagit à aucune excitation, ne songe à satisfaire aucun besoin de la vie. La marche, la parole ne se développent pas, l'intelligence est nulle. Il faut l'ali-

menter, lui mettre la nourriture dans la bouche, dans le pharynx quelquefois pour provoquer le réflexe de la déglutition. Dans certains cas, un phénomène réflexe inverse venu de l'estomac ramène la nourriture ingurgitée dans la bouche et l'enfant se livre à une véritable rumination.

L'idiot est tantôt immobile, inerte, complètement passif, tantôt excité ; dans ce cas on le voit exécutant continuellement des mouvements de succion, ou bien se griffant, se roulant par terre, autant de mouvements automatiques qu'il accompagne quelquefois de cris bizarres et de hurlements. Sa malpropreté est extrême.

A un degré un peu moins prononcé, on a ce qu'on a appelé de la *semi-idiotie.* Là, quelques lueurs vagues de l'intelligence apparaissent : certaines impressions un peu vives peuvent être retenues, conservées, mais cette perception ne va pas plus loin et ne devient jamais l'objet d'une conception, d'une idée. La faculté d'attention existe à l'état pour ainsi dire embryonnaire ; on arrive à force de patience et de persévérance à faire répéter par imitation quelques mots sans qu'ils soient compris d'ailleurs ; on parvient dans les mêmes conditions à faire accomplir des mouvements uniformes de la marche ou d'autres actes élémentaires toujours les mêmes, comme celui de creuser la terre, par exemple. En un mot le semi-idiot n'est capable, tout au plus, que de répéter, que d'imiter d'une façon automatique certains actes exécutés devant lui sans en comprendre l'utilité.

Quelquefois, une fraction de l'intelligence a une tendance à un développement plus considérable que tout le reste ; on voit ainsi un semi-idiot imiter avec une certaine habileté des mélodies entendues ou bien exécuter avec une grande adresse manuelle des modèles de construction, comme cet enfant d'Earlswood (Angleterre), cité un peu partout, qui a très bien reproduit en petit un modèle de vaisseau de guerre.

Chez le semi-idiot, on trouve parfois des vestiges de sentiments affectifs pour les personnes qui l'entourent de leurs soins, ou bien des tendances instinctives vicieuses : à mordre, à se mettre en colère, à voler, à dévorer gloutonnement tout ce qui leur tombe sous la main, à se livrer frénétiquement à l'onanisme. Comme chez l'idiot complet, on peut observer chez lui tantôt de l'immobilité avec apathie, tantôt de l'agitation avec besoin de casser, de grimper, etc.

Dans l'*imbécillité,* l'intelligence a fait un petit pas en avant tout en étant très au-dessous de la moyenne, à tel point que même à l'âge adulte, elle ressemble à celle d'un enfant.

La faculté d'attention d'un imbécile est un peu plus développée que celle d'un semi-idiot, ses impressions sont perçues un peu plus vivement et il y a possibilité de monter jusqu'à la formation de quelques idées très simples, très élémentaires. L'imbécile peut apprendre à parler, à marcher, à lire, à écrire même, quelquefois à compter convenablement. Sa mémoire est très faible en général, quoiqu'on cite des cas d'hypermnésie exceptionnelle comme celui de cet imbécile de Blois qui savait, paraît-il, par cœur la biographie, très sommaire il est vrai, de tous les évêques et archevêques de France.

L'idéation est limitée à un cercle restreint d'impressions et le raisonnement s'en ressent vivement. Le bien et le mal sont compris d'une façon extrêmement vague et il y a impossibilité complète à concevoir une idée qui s'éloigne un peu du terre à terre le plus plat. On peut arriver à apprendre à l'imbécile un petit métier ; il est à remarquer que quelquefois il a des dispositions pour la musique, le dessin, le calcul, les langues étrangères et qu'en développant une de ces dispositions on peut arriver à un résultat honorable et même exceptionnellement, à un résultat brillant.

Jamais les imbéciles ne parviennent à pourvoir seuls à leurs besoins; toute leur vie, ils sont à la charge de leur famille ou de la société, même quand on est parvenu à leur apprendre un petit métier. Leur caractère est en général peu sociable : ils sont méchants, menteurs, salaces.

L'imbécile peut contracter des psychoses : la mélancolie, la manie, la confusion mentale; il sort de là plus amoindri encore au point de vue intellectuel.

A l'inverse de l'idiot, il a souvent une physionomie régulière, parfois même aussi régulière qu'une gravure de mode, ce qui fait que l'entourage le trouve particulièrement beau. Il n'est pas rare cependant d'observer des imbéciles porteurs de stigmates de dégénérescence physique au niveau des oreilles, des dents, même du crâne ; ils présentent fréquemment de la blésité et du bégayement. La santé générale est souvent bonne, la taille normale (fig. 193).



Fig. 193. — Imbécillité avec asymétrie faciale (service de J. Voisin).

On décrit encore la *semi-imbécillité*. Ici, l'attention active est plus accusée que chez l'imbécile, mais la mémoire est faible. Les enfants de cette catégorie donnent d'abord quelque espoir. On les met en classe, mais ils n'y apprennent qu'avec des difficultés énormes ; ils n'arrivent pas à suivre leurs camarades et ne finissent jamais les études commencées. Ils se font remarquer par leur jugement extrêmement étroit et superficiel, par la facilité avec laquelle ils subissent l'influence des mauvais sujets de leur classe, par l'instabilité de leurs sentiments affectifs, par leur tendance à l'onanisme et aux perversions génitales. Devenus adultes on les case comme l'on peut. Leur physionomie, leurs manières n'ayant rien de particulièrement choquant, on arrive à les placer dans une administration quelconque où l'on n'exige d'eux aucune initiative et où ils accomplissent une besogne machinale. Leur sens moral étant insuffisamment développé ils se laissent facilement aller jusqu'à commettre quelques délits ou crimes. De même que les imbéciles, ils peuvent verser dans l'aliénation mentale d'où ils sortent avec un affaiblissement intellectuel plus accentué qu'avant la psychose.

Types cliniques. — Cette description générale a besoin d'être complétée par l'indication de quelques types cliniques fort bien mis en évidence par Schüle.

Le type du *grand idiot congénital* comprend plusieurs variétés.

Premier exemple : Il a le crâne, la face, les membres, la taille difformes. Affaissé plutôt qu'assis, il produit l'impression d'un bloc de chair inerte et sale. Il n'offre aucune des manifestations de la vie de relation : pas le moindre geste, ni le moindre mot. La nourriture, la boisson sont avalées gloutonnement quand on les lui présente tout près de la bouche, sans quoi il restera des journées sans boire ni manger.

Deuxième exemple : Même difformité physique, mais au lieu de l'immobilité complète, il y a de l'agitation musculaire sous forme de tics, de balancements automatiques du corps, de grognements, de cris singuliers rappelant des rugissements de fauves.

Le *grand idiot par lésion acquise* présente le plus souvent un facies tout différent du premier : il n'a rien de difforme. La lésion cérébrale qui a amené un arrêt irrémédiable dans le développement intellectuel, a déterminé en même temps des paralysies à forme hémiplégique, paraplégique ou monoplégique.

Ces deux types de grands idiots ne sont susceptibles d'aucune éducation.

Le type de l'*idiot éducable* se reconnaît d'après les particularités suivantes : il sait marcher ; il sent le besoin de manger : grogne quand il a faim, grogne plus fortement encore si l'on donne alors à manger à d'autres et non à lui, se calme quand il reçoit enfin sa part. On peut partir de cet instinct de la faim qui persiste pour exercer l'attention de l'idiot. A la longue, on arrivera à lui apprendre à lire ou à écrire quelques mots, à ne pas gâter.

Une tête trop volumineuse avec une face proportionnellement petite indique l'*idiot hydrocéphale*. La physionomie est morne. Tout l'être exprime une lassitude, une dépression, une apathie. La vue est très faible. Des paralysies et des parésies sont fréquentes.

L'*idiot microcéphale* se fait remarquer par son crâne très rétréci en avant et presque complètement plat en arrière. Si l'on ajoute à cela une face dont les yeux sont trop rapprochés de la racine du nez et les oreilles trop écartées du crâne, on a, dans l'ensemble, l'impression d'une tête simiesque.

Moralement, ces idiots sont plus enclins à des colères impulsives qu'à des sentiments affectueux.

L'aspect de l'*idiot myxœdémateux* est également très caractéristique. Il est trapu, lourd, de petite taille. La physionomie est apathique. Les paupières, les joues, les oreilles présentent du faux œdème. Les lèvres sont épaisses et écartées.

La langue est particulièrement volumineuse. La tête, à forme très allongée et asymétrique, est penchée en avant ; elle est comme aplatie entre le front et le vertex, tandis qu'à la base elle est large. Les cheveux sont rudes, épais. Toute la peau a un aspect glabre.

La présence du goitre d'origine endémique permet de reconnaître l'*idiot goitreux* ou le *crétin*.

Au point de vue moral, on peut, observer plusieurs variétés d'idiots : l'indifférent, le violent, le vaniteux, le coquet.

Les imbéciles et semi-imbéciles offrent plusieurs types fixés d'après le trait dominant de leur caractère : l'orgueil, la vanité, la lâcheté, la perversion des sentiments moraux. L'*imbécile pervers* est un être essentiellement méchant et cruel. Il aime le mal pour le mal. Le sentiment de pitié pour les gens ou pour les bêtes lui est totalement étranger. Il commet souvent des délits plus ou moins graves : vol, vagabondage et parfois de véritables crimes, viols, assassinats.

Comme pendant au grand idiot par lésion acquise, il existe un type d'imbécile dont la faiblesse intellectuelle s'accompagne d'une paralysie quelconque résultant d'une lésion cérébrale survenue après la naissance.

PSYCHOLOGIE DE L'IDIOT

L'activité psychique de l'idiot offre des lacunes dans le mode de perception des sensations, dans le développement des instincts, des émotions ou des différents actes de l'intelligence. Toutes ces manifestations psychiques sont reliées entre elles par une dépendance réciproque. Leur connaissance approfondie, dans chaque cas particulier, permet d'orienter l'action éducatrice dans le traitement de l'idiot, de façon à stimuler certaines facultés très élémentaires pour aider au développement d'autres, plus complexes.

La faculté de percevoir les sensations visuelles, auditives, gustatives, olfactives et tactiles est rudimentaire chez l'idiot.

La perception des sensations visuelles est parfois nulle, ou bien parce qu'une lésion oculaire détermine une cécité absolue, ou bien parce que l'idiot ne parvient pas à fixer le regard sur quoi que ce soit, sans qu'il soit aveuglé ; en effet, dans ce dernier cas, les pupilles réagissent régulièrement à la lumière . l'idiot regarde, mais ne voit pas.

Les sensations auditives sont dans le même cas : il y a tantôt une véritable surdité due à une malformation ou à une lésion auriculaire, tantôt une impossibilité de prêter l'oreille à un bruit, à un mot, à une phrase.

La gloutonnerie de l'idiot empêche de se rendre compte de la perception chez lui des sensations gustatives : le plus souvent, il avale tout ce qu'on lui donne ou tout ce qui lui tombe sous la main, sans qu'il ait l'air de préférer une chose à une autre.

Les sensations olfactives sont très souvent à peine marquées, à tel point que les plus fortes odeurs semblent laisser l'idiot indifférent.

On constate aussi une grande diminution ou même une absence de perception des sensations tactiles, simples, douloureuses ou thermiques.

Bien entendu, nous parlons ici des grands idiots ; chez les imbéciles, la faculté des perceptions sensitives existe un peu, et chez les semi-imbéciles, elle s'approche de la normale.

A cet état rudimentaire ou nul des sensations venant du monde extérieur,

correspond l'insuffisance ou l'absence des sensations venant des appareils et organes de l'idiot lui-même. Il en résulte des modifications importantes dans le domaine des *besoins instinctifs.*

Le besoin de manger et de boire est nul chez certains idiots et constant chez d'autres. Les uns restent sans nourriture et ne manifestent jamais leur faim, les autres mangent gloutonnement, sans limite, sans faire la moindre attention à ce qu'ils mangent.

Le besoin de la miction et de la défécation est satisfait d'une manière purement réflexe, à la façon des gâteux.

Le besoin de dormir existe chez tous les idiots, et chez quelques-uns il détermine une somnolence continuelle. L'idiot profond ne connaît pas les insomnies et encore moins les rêves. Ces derniers peuvent s'observer chez les imbéciles.

Très variable est chez les idiots le besoin des rapports sexuels. Le plus souvent, il est nul ou très faible. L'onanisme est extrêmement fréquent. Les perversions sexuelles sont bien plus le fait des imbéciles que des vrais idiots.

Abandonné à lui-même, l'idiot n'éprouve aucun besoin de se remuer, de se livrer à un travail musculaire, de jouer. Ce n'est qu'à force de répéter mille fois le même acte devant lui qu'il finit par éprouver le besoin d'imiter cet acte d'une façon d'ailleurs purement automatique. C'est ainsi qu'on parvient parfois à apprendre à l'idiot à se débarbouiller, à manger avec une cuillère, à mettre son chapeau sur la tête, etc...

Plus difficilement, encore, parvient-on à lui faire prononcer quelques mots. L'idiot profond est tantôt complètement aphone, tantôt il n'est capable que de pousser des cris dépourvus de toute expression. Par une éducation appropriée, il arrive à se servir d'un petit nombre de mots monosyllabiques, débités sur un ton sourd et très péniblement. Il est impossible le plus souvent de lui apprendre à lire, à écrire, à calculer, à dessiner. Tout ce qu'on peut obtenir parfois en écriture et en dessin, c'est une copie servile, nullement comprise.

La musique et, plus particulièrement, le chant, s'apprennent plus facilement aux idiots que la parole articulée.

L'imbécile et le semi-imbécile sont naturellement susceptibles d'apprendre toutes les formes du langage avec plus de succès que l'idiot.

Avec des éléments aussi pauvres, l'intelligence ne peut être que très rudimentaire ou nulle dans toutes ses manifestations : la formation des idées, leur conservation, leur reproduction, leur comparaison, leur combinaison.

Du domaine des sensations visuelles l'idiot peut, à force d'exemples, tirer l'idée d'un objet qui a une forme ronde qu'il distinguera de la forme carrée d'un autre objet. Il pourra acquérir aussi l'idée de la couleur rouge. Dans le domaine des sensations auditives, il parviendra à l'idée du chant, et dans celui des sensations tactiles à l'idée du froid, du chaud, de la douleur, des objets à surface rugueuse ou polie.

La conservation de ces idées très péniblement acquises, est difficile, la

mémoire étant infidèle. A chaque instant, on constate que les images qui semblaient le mieux fixées dans la mémoire de l'idiot à cause de leur caractère concret, se sont échappées, et, pour les reproduire, il est nécessaire de recommencer la démonstration. Il faut ajouter qu'il y a des idiots qui ont une sorte de prédilection pour certaines images mentales qu'ils conservent et reproduisent avec plus de facilité que les autres : ainsi, on en observe qui retiennent surtout les images musicales, d'autres les images des objets vus. Mais cette faculté de se représenter un objet ou une personne, c'est-à-dire l'imagination, est extrêmement rare chez l'idiot qui, le plus souvent, ne peut concevoir une idée que si l'objet ou la personne se trouvent placés sous ses yeux. L'imbécile a plus de facilité pour ce travail d'imagination. Cette difficulté à retenir les images explique pourquoi l'idiot les confond si souvent quand elles sont de la même nature, du même ordre. Pour lui, toutes les personnes se ressemblent, et il est incapable de saisir la différence de leur aspect extérieur. De même, toutes les tables, toutes les chaises se ressemblent. Il réduit tout ce qui appartient au monde extérieur à sa plus simple expression. Le côté matériel des choses n'attire son attention que d'une façon tout à fait superficielle, partielle. Encore moins est-il capable d'apprécier les qualités purement abstraites : le nombre des objets ou l'espace qu'ils occupent.

Cette impossibilité de concevoir une idée abstraite, jointe à celle de différencier des objets du même ordre qui se trouvent sous les yeux, mais qui ne sont nullement ressemblants, rend toute association d'idées essentiellement précaire, fausse. Jamais l'idiot n'est frappé par les contrastes que peuvent présenter deux choses différentes ; il ne les associe que si ces choses lui paraissent ressemblantes. Inutile d'ajouter que les jugements pouvant résulter de pareilles associations par ressemblance sont empreints d'une grande faiblesse.

Nous avons déjà dit que l'idiot est le plus souvent incapable de reproduire les idées par imagination ; encore moins sait-il les associer de cette façon, et ce n'est pas lui qui est capable d'imaginer un mensonge, par exemple ; c'est plutôt l'affaire de l'imbécile.

Dans la *sphère émotive*, l'idiot se fait remarquer par sa grande timidité et sa tendance à la solitude. Les sentiments affectifs semblent absents : il est extrêmement rare de le voir manifester son attachement à ses parents ou aux personnes qui s'occupent de lui ; encore moins sait-il montrer sa reconnaissance. La physionomie peut exprimer la joie ou le chagrin à l'occasion de la nourriture : qu'on la lui donne, il sourit ; qu'on la lui retire, il pleure. Les colères sont assez fréquentes chez lui ; elles sont en disproportion avec la cause qui les a provoquées et se caractérisent par une tendance à passer immédiatement aux réactions violentes, destructives. On se rend d'ailleurs facilement maître de l'idiot en colère, car la crainte des punitions corporelles, les seules qu'il comprenne, est vive chez lui.

Les imbéciles sont bien moins modestes que les idiots ; ils pèchent plutôt par la vanité, l'orgueil, la coquetterie ; en revanche, leur éducation est plus facile, car ils peuvent être touchés par les reproches et les punitions non corporelles.

L'idiot est susceptible d'une certaine discipline, surtout quand les actes très simples qu'on exige de lui se répètent continuellement devant lui. Il n'est pas toujours insensible aux manifestations de l'art : il aime parfois le chant, la musique, la déclamation, la danse. Mais il n'aura que très rarement un mouvement spontané de curiosité pour ces choses-là et pour qu'il les goûte, il faut qu'il les ait sous la main. Certains sentiments d'ordre religieux ou moral comme la charité, la pudeur, par exemple, sont absents chez l'idiot.

En somme, ce sont les instincts qui prédominent et qui caractérisent l'état psychique de l'idiot. L'élément instinctif empêche le développement de l'attention sans laquelle aucune éducation n'est possible. Aussi, tous les actes de l'idiot non éduqué sont inconscients. La volonté, faible ou nulle, n'intervient guère dans leur accomplissement; les instincts commandent tout.

Anatomie pathologique. — Il n'existe pas de type anatomo-pathologique absolu caractérisant l'idiotie ; on constate, au contraire, que cette affection peut être déterminée par toute sorte de vices de conformation ou par des lésions des centres nerveux et plus particulièrement de l'encéphale, qui s'accompagnent d'anomalies morphologiques des os du crâne et de la face et d'autres altérations qu'on observe habituellement chez les dégénérés.

Malformations de l'encéphale. — En règle générale, le cerveau de l'idiot

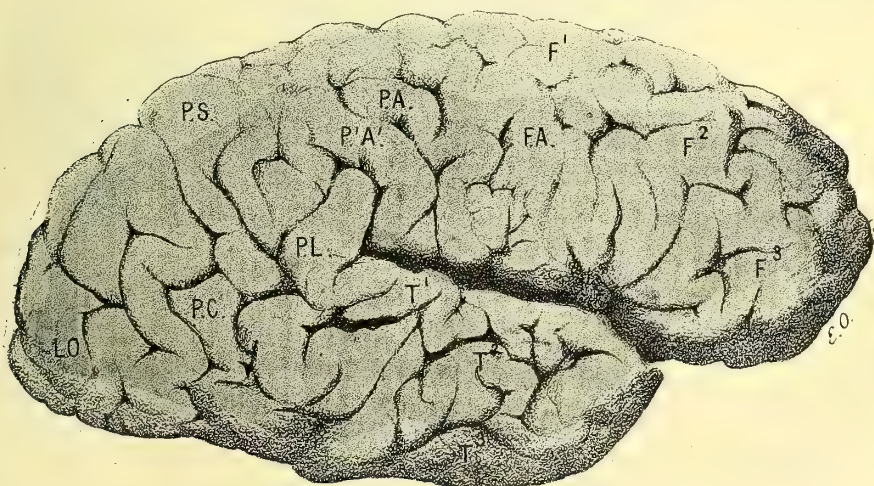


Fig. 194. — Idiotie microcéphalique. Face externe ou convexe de l'hémisphère droit. Scissure de Sylvius trop larges. Circonvolutions frontales et pariétales mal délimitées, effacées (figure empruntée à Bourneville).

est plus petit, moins lourd, plus simple au point de vue des circonvolutions que le cerveau d'un individu normal. Le poids en est d'ailleurs très variable : il est le plus souvent au-dessous de 1 200 grammes chez l'idiot adulte et au-dessous de 1 100 chez l'idiote. Il faut néanmoins compter avec quelques excep-

tions dans lesquelles le cerveau de l'idiot s'est montré d'un poids normal ou même supérieur à la normale ; tels sont : les cas de Cullerre qui a constaté un poids de 1 530 grammes et de Baillarger, 1 305 grammes ; de Moreau (de Tours), 1 495 grammes.

Qu'il soit atrophié ou hypertrophié, le cerveau de l'idiot offre souvent une

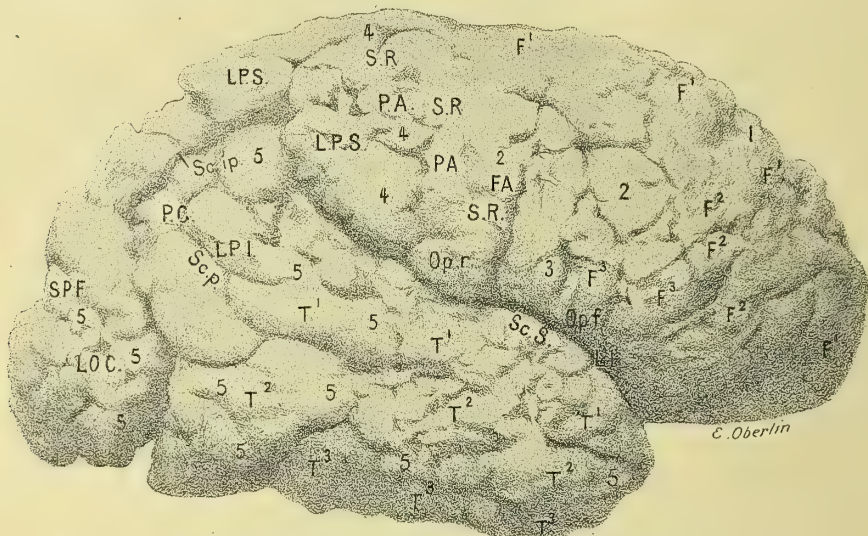


Fig. 195. — Sclérose tubéreuse. Face externe ou convexe de l'hémisphère droit.

F_1, F_2, F_3, première, deuxième et troisième circonvolutions frontales. — SR, sillon de Rolando. — LPS, lobule pariétal supérieur. — LPI, lobule pariétal inférieur. — PA, pariétale ascendante. — FA, frontale ascendante. SS, scissure de Sylvius. — SIp, scissure interpariétale. — SP, scissure parallèle. — PC, pli courbe. — SPE, scissure perpendiculaire externe. — LOC, lobe occipital. — OpF, opercule frontal. — LI, lobe de l'intula. — OpR, opercule rolandique. — T_1, T_2, T_3, première, deuxième et troisième circonvolutions temporales. — Les chiffres 1, 2, 3, 4, 5, indiquent les îlots de sclérose tubéreuse (figure empruntée à Bourneville).

inégalité sensible dans le poids comparé des deux hémisphères. L'écart peut aller jusqu'à 30, 40 grammes.

La diminution du poids est due à l'atrophie ou à l'absence de certaines parties superficielles ou profondes du cerveau (fig. 194).

Sur la surface du cerveau, on constate l'aspect aplati des circonvolutions qui manquent de relief : cela est surtout notable au niveau des circonvolutions frontales et frontales ascendantes. L'élargissement des scissures et plus particulièrement de la scissure de Sylvius, augmente encore l'impression d'aplatissement, d'amincissement des circonvolutions.

Dans les régions profondes du cerveau comme dans certains cas d'idiotie hydrocéphalique, l'atrophie peut porter sur une foule d'organes importants parmi lesquels nous citerons : le corps calleux, la voûte à trois piliers, les couches optiques, les corps striés (fig. 196).

Le cervelet ne présente pas de modifications dans sa forme. Son poids n'est pas au-dessous de la normale.

Le bulbe est, au contraire, quelquefois sensiblement diminué dans son volume.

Du côté de la moelle, on peut également constater des atrophies.

L'examen histologique de la substance cérébrale démontre une réduction plus ou moins considérable des cellules nerveuses au point de vue de leur volume et de leur nombre. Atteints par un véritable processus atrophique, les neuronés de l'écorce cérébrale sont insuffisamment développés dans leur corps cellulaire et dans leurs prolongements. Les fibres à myéline tangentielles sont en nombre sensiblement inférieur. La forme des cellules est modifiée, leurs bords sont comme déchiquetés ; quelques-unes sont en dégénérescence complète ; d'autres présentent des infiltrations pigmentaires ou calcaires. Il n'est pas rare de trouver des foyers de sclérose cérébrale ou médullaire (fig. 195).

Fig. 196. — Idiotie hydrocéphalique. Face interne de l'hémisphère gauche.

F_1, première circonvolution frontale externe. — LP, lobule paracentral. — AC, avant-coin. — SPE, scissure perpendiculaire externe. — CCC, circonvolution de corps calleux. — CC, corps calleux. — V, ventricule. — COS. corps striés. — CB, carrefour olfactif de Broca. — Cal, calotte. — PFL, pli fronto-limbique. — GR, gyrus rectus. — Th, couche optique. — P, pédoncule. — C, coin. — LG, lobule lingual. — T_1, T_2, T_3, première, deuxième et troisième circonvolutions temporales. — CH, circonvolution de l'hippocampe (figure empruntée à Bourneville).

La substance conjonctive se présente avec un développement considérable à la place des éléments nobles. En rapport avec l'atrophie des parties superficielles ou profondes du cerveau, les vaisseaux correspondants sont ou bien absents ou considérablement réduits dans leur nombre et leur volume ; il y en a qui sont à tel point rétrécis qu'ils sont imperméables ; à quelques-uns manque la membrane péri-vasculaire. On peut en outre observer dans le cerveau des idiots des méningites, des méningo-encéphalites, des hémorragies, des ramollissements, les différentes formes de porencéphalie.

Cette dernière lésion se caractérise par des excavations plus ou moins considérables situées sur la surface du cerveau, sous la pie-mère qui les recouvre. Ces excavations peuvent occuper la place de toute une circonvolution ; il en résulte alors la formation d'une sorte de puits allant de la surface du cerveau

jusqu'au ventricule correspondant. Cette cavité recouverte, du côté de la surface cérébrale, par la pie-mère, est remplie de liquide céphalo-rachidien qui baigne le ventricule correspondant; tout autour, les circonvolutions voisines sont plus ou moins atrophiées. La cause de ces excavations est très variable. Telle ou telle circonvolution a pu ne pas se développer du tout : il a pu y avoir une sorte d'*anencéphalie partielle* d'où aura résulté une cavité allant de la surface jusqu'au ventricule. Il s'agit alors de la *porencéphalie vraie*. D'autrefois, l'excavation a pu être produite par une hémorragie cérébrale, une méningite, une hydrocéphalie, autant de lésions dont on peut retrouver la trace; dans ce cas, l'excavation est le plus souvent séparée de la cavité ventriculaire par une bande de tissu cicatriciel et l'on a affaire à la *pseudopo-*

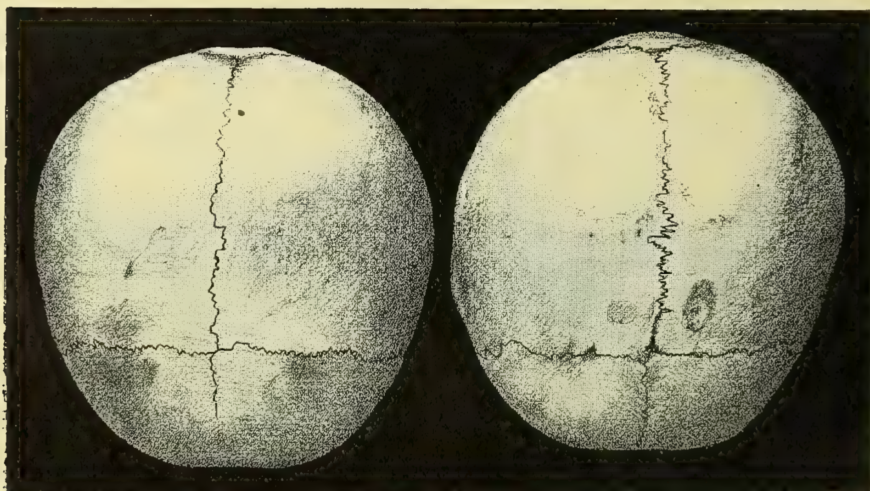


Fig. 197 et 198. — Crânes plagiocéphaliques. Direction oblique du diamètre antéro-postérieur (figures empruntées à Bourneville).

rencéphalie. Vraie ou fausse, la porencéphalie s'accompagne d'altérations histologiques dans les différents territoires du système nerveux. Il n'est pas rare non plus de constater, chez les sujets atteints de cette lésion, des malformations du côté du système osseux, des vaisseaux, du cœur, des poumons, du foie, des reins ou de la rate.

La grande variété que nous venons de constater dans les malformations et les lésions du cerveau de l'idiot va se retrouver dans l'étude des *vices de conformation des os du crâne*. Nous n'indiquerons que les principales anomalies.

Le type le plus fréquent des crânes d'idiots n'est ni le crâne trop petit, ni le crâne trop volumineux, mais surtout le crâne très asymétrique, à forme ovalaire oblique, c'est-à-dire le crâne dont la partie antérieure a pris un certain développement d'un côté, à droite par exemple, tandis que la partie postérieure s'est développée surtout du côté opposé. Dans ces conditions, on comprend

que le diamètre antéro-postérieur du crâne ait une direction oblique pendant que le crâne dans son ensemble est fortement asymétrique et ovale. Ce type qui porte le nom de *plagiocéphalie* peut être dû, d'après les uns, à l'existence de deux points d'ossification au niveau d'un seul pariétal, et d'après les autres, à l'ossification prématurée des sutures coronales (fig. 197 et 198).

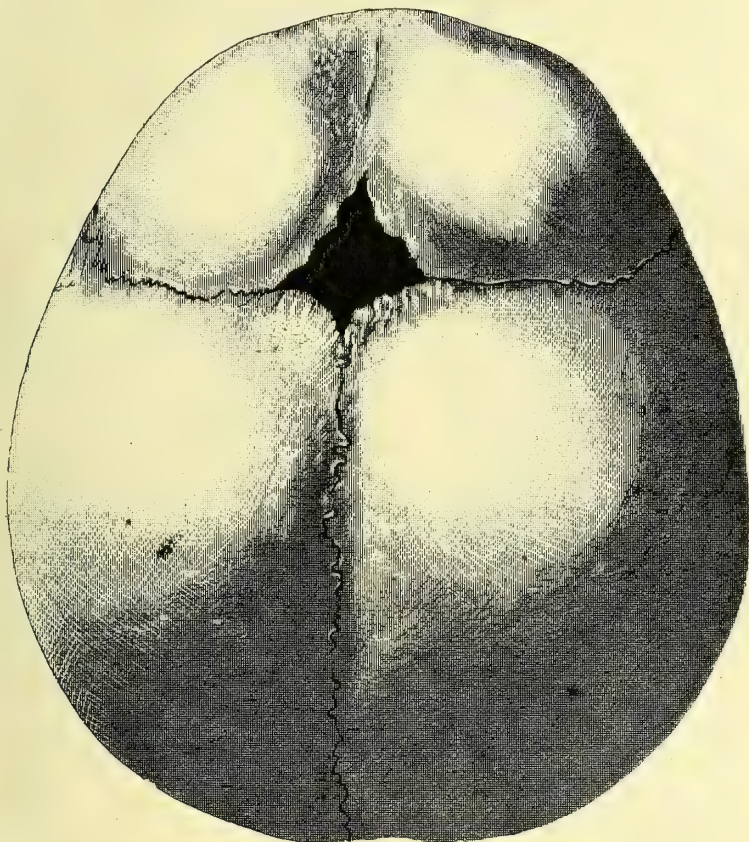


Fig. 199. — Crâne natiforme hérédo-syphilitique (d'après E. Fournier).

Vient ensuite, au point de vue de la fréquence, le type du crâne *microcéphale*, qui frappe par son petit volume et sa forme effacée par rapport à la face : en effet, celle-ci est presque toujours fortement développée pendant que le crâne, relativement insignifiant, fuit derrière elle. La capacité de ces crânes est très faible : chez les jeunes idiots, elle ne peut guère dépasser 300 centimètres cubes (Broca), chez les adultes, 430 centimètres cubes (Vogt). Les parois du crâne microcéphale sont plus ou moins épaisses, ce qui exerce aussi son influence sur la capacité de la boîte cranienne. Dans le rachitisme, elles sont généralement très épaisses et éburnées. Pour Gratiolet, Virchow, Vogt, Baillarger, cette forme du crâne est due *toujours* à l'ossification prématurée de

certaines sutures et plus particulièrement de la suture lambdoïde. Grâce à cette synostose précipitée, la voûte du crâne se développe moins que sa base. Pour Bourneville, cette synostose prématurée des sutures n'existe pas dans la généralité des cas, et même la synostose partielle est une exception. Bien avant Bourneville, Broca a montré des crânes microcéphales dont les sutures étaient restées libres. Il semble démontré aujourd'hui que c'est le développement du cerveau qui commande celui du crâne et que s'il existe des synostoses prématurées des sutures, elles sont la conséquence du non-développement du cerveau. On conçoit qu'il serait tout à fait irrationnel de pratiquer dans ce cas la craniectomie, comme cela a été proposé et expérimenté sans aucun résultat favorable d'ailleurs (Lannelongue[1]). La raison de la microcéphalie est tout entière dans celle de l'arrêt de développement de l'encéphale.



Fig. 200. — Idiotie avec acrocéphalie (d'après une photographie prise dans le service de J. Voisin, à la Salpêtrière).

Le crâne trop grand ou *macrocéphale* a pour cause la plus fréquente l'hydrocéphalie ; le liquide occupe une place plus ou moins considérable, prise souvent aux dépens même de la substance cérébrale qui se trouve alors atrophiée. Il est tout à fait exceptionnel de trouver la macrocéphalie liée à une hypertrophie du cerveau.

La malformation qui consiste en un allongement antéro-postérieur du crâne constitue la *scaphocéphalie*. On l'attribue à la synostose prématurée de la suture sagittale. Quand le front plus long que large a une direction oblique en haut et en arrière, ce qui donne à la voûte cranienne une forme acuminée, il s'agit de l'*acrocéphalie* (fig. 200).

Le front peut former une véritable proéminence due à la saillie en avant, sous forme de coin, de la suture métopique ; on désigne cette malformation sous le nom de *trigonocéphalie*.

Si le front allongé, au lieu de fuir en arrière comme dans l'acrocéphalie, est incliné plus ou moins fortement en avant, on distinguera l'*oxycéphalie*.

Le crâne aplati au niveau du vertex est dit *platicéphale*. Celui qui présente au milieu une dépression antéro-postérieure qui lui donne l'aspect de fesses, s'appelle *naticéphale* et peut s'observer plus particulièrement, ainsi que Parrot l'a indiqué, dans la syphilis héréditaire. On peut observer aussi le crâne *scaphocéphale* de Duverney et le *front olympien*, chez les idiots hérédo-syphilitiques (fig. 199, 201 et 202).

[1] Bourneville. Du traitement chirurgical médical et pédagogique des enfants idiots et arriérés. Communication à l'Acad. de Méd., 20 juin 1893.

Les *malformations de la face* dépendent en très grande partie de celles des os du crâne ; par exemple, la face du microcéphale présente des particularités tout autres que celles du macrocéphale. Il faut tenir grand compte aussi, pour juger du degré de la malformation, de la race à laquelle appartient le



Fig. 201. — Idiotie hérédo-syphilitique avec malformation cranienne ; front olympien (figure empruntée à Fournier).

sujet. La face de l'idiot est, avons-nous dit, généralement laide : la cause en est due à la grande asymétrie des traits et au développement disproportionné des différentes parties qui la composent. Chez les microcéphales, la face est beaucoup trop développée par rapport au crâne ; le nez forme une saillie disgracieuse sur cette figure étroite dont le menton peu accusé fuit en arrière. Ce nez a l'air d'un bec et l'ensemble de la figure donne, selon Griesin-

ger, l'impression d'une tête d'oiseau. La face paraît à peine développée chez l'hydrocéphale dont le visage est aplati, le nez enfoncé, les mâchoires saillantes. L'asymétrie des os de la face est la règle. Le prognathisme, qu'il soit double ou simple, est extrêmement fréquent. Chez certains idiots, la voûte palatine et le voile du palais présentent une fissure plus ou moins complète. Les maxillaires inférieurs offrent quelquefois un développement très exagéré et peuvent présenter au niveau du bord inférieur de leur angle une

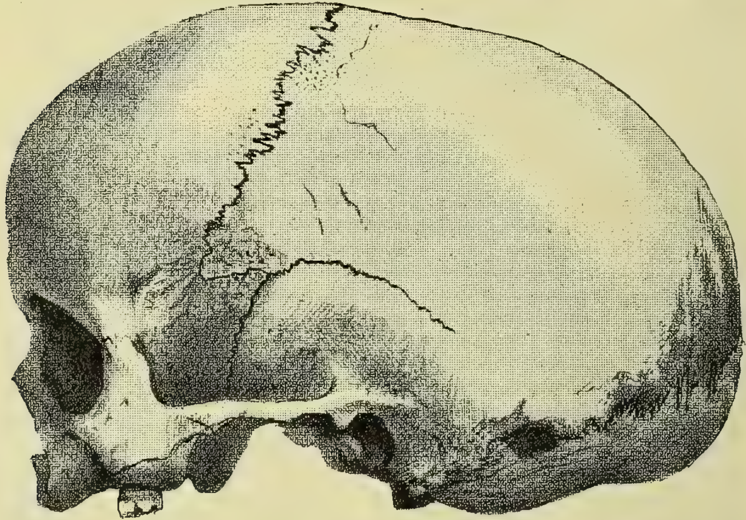


Fig. 202. — Crâne scaphocéphale (de Duverney) d'idiot hérédo-syphilitique (figure empruntée à Fournier).

saillie dite *apophyse lémurienne d'Albrecht*. Les anthropologistes considèrent cette apophyse comme un stigmate de réversion.

Des malformations du tronc, des membres, des organes génitaux s'observent très souvent chez les idiots et les imbéciles. Ce sont : des déviations de la colonne vertébrale dues le plus fréquemment au rachitisme ; des arrêts de développement des mains qui sont trop grêles et dont certains doigts, comme le pouce, par exemple, sont plus courts qu'à l'état normal ; l'atrophie des muscles avec paralysies dont la cause se trouve dans une lésion acquise ou congénitale de la moelle ; l'atrophie des organes génitaux.

Au point de vue anatomo-pathologique, le nombre de variétés d'idiotie est donc très considérable. Bourneville a essayé de signaler les principales, et voici, d'après lui, la liste abrégée des types anatomo-pathologiques de l'idiotie :

1° Idiotie microcéphalique.
2° Idiotie hydrocéphalique.
3° Idiotie en rapport avec l'arrêt de développement des sillons cérébraux.
4° Idiotie par absence congénitale des différents territoires du cerveau,

notamment par absence d'une circonvolution, comme dans la porencéphalie, ou du trigone cérébral, ou du corps calleux.

5° Idiotie en rapport avec une sclérose hypertrophique de l'encéphale.

6° Idiotie avec sclérose atrophique.

Cette dernière comprend plusieurs sous-variétés :

a. Idiotie avec sclérose d'un ou de deux hémisphères ;

b. Idiotie avec sclérose d'un lobe ;

c. Idiotie avec sclérose de certains sillons ;

d. Idiotie avec sclérose méningitique déterminée par une méningite ou une méningo-encéphalite.

7° Idiotie myxœdémateuse liée à la cachexie pachydermique.

Étiologie. — L'arrêt du développement du cerveau étant le facteur principal de l'idiotie, toutes les encéphalopathies congénitales ou acquises qui auront pour conséquence cet arrêt, seront autant de causes de l'idiotie.

Idiotie congénitale. — Les encéphalopathies qui la déterminent sont provoquées par des facteurs dont les uns agissent sur le germe même et les autres sur le fœtus.

Parmi les facteurs qui agissent sur le germe, l'alcoolisme occupe aujourd'hui la première place. Sur mille idiots, Bourneville a relevé 471 fois l'alcoolisme du père, 34 fois celui de la mère et 65 fois celui des deux à la fois [1]. Le germe est plus particulièrement impressionné lorsqu'un des conjoints ou tous les deux sont en état d'ivresse pendant la conception (Christian). Cette influence de l'intoxication alcoolique des parents sur la production de l'idiotie est fortement accusée ; Lancereaux [2] démontre que l'individu alcoolisé étant imprégné par le poison jusqu'aux cellules qui renferment le plasma germinatif, il n'y a rien de surprenant à ce que le germe soit imprégné au moment opportun.

Les autres intoxications des parents résultant ou bien du mode d'alimentation ou bien des conditions du travail dans des métiers malsains, agissent probablement de la même façon. L'affaiblissement des parents par la misère, le manque de nourriture et d'air, crée un état d'auto-intoxication qui doit retentir sur le germe d'une façon fâcheuse. Les infections acquises du père ou de la mère, la tuberculose, la syphilis, l'impaludisme rentrent dans la même catégorie de facteurs agissant sur le germe. L'action dystrophique de ces hérédo-infections est aujourd'hui suffisamment démontrée par de nombreuses observations de Morel, de Fournier, etc. Les affections nerveuses et mentales des parents (neurasthénie, hystérie, épilepsie, diverses vésanies, la paralysie générale), exercent également une action nuisible sur le germe sans qu'on connaisse au juste le mécanisme intime de cette action. Le fait que les consanguins mariés ont parfois des enfants atteints d'idiotie s'explique surtout

[1] Bourneville. Influence étiologique de l'alcoolisme sur l'idiotie. *Progr. méd.*, 1897, p. 21.

[2] Lancereaux. Art. Alcoolisme in *Diction. Encyclopédique.*

par l'existence des tares nerveuses dans la famille et non par la consanguinité. De même si l'on constate que le mariage entre personnes trop âgées aboutit quelquefois à la naissance d'enfants très arriérés, l'explication naturelle se trouve dans l'état de fatigue, d'épuisement, de tares acquises que l'un des conjoints ou tous les deux apportent au moment de la conception. On conçoit d'ailleurs facilement que, dans la pratique de la vie, tous ces facteurs interviennent dans un chassé-croisé souvent impossible à débrouiller; tout au plus, peut-on établir la part des facteurs héréditaires et celle de facteurs externes comme les intoxications, infections et toutes les tares directement acquises des parents.

La conception a pu se faire dans des conditions normales et le germe a pu présenter toutes les qualités requises pour une évolution prospère. Seulement, durant la vie intra-utérine, l'embryon, et plus tard le fœtus, peuvent subir le contre-coup des intoxications et des infections acquises par la mère et cela sous la forme des troubles plus ou moins profonds apportés dans la nutrition de l'enfant. Cette évolution intra-utérine peut être compromise par des traumatismes portant sur le ventre de la mère, des chocs nerveux résultant de toute sorte d'émotions violentes qui ont pour effet de modifier brusquement et d'une façon purement réflexe toute la circulation fœtale au plus grand préjudice du développement des différents organes et plus particulièrement du système nerveux. Les maladies nerveuses ou mentales acquises au cours de la grossesse, surtout au début, peuvent être également la cause d'un arrêt de développement de l'encéphale de l'enfant.

Idiotie acquise. — Le germe, l'embryon, le fœtus ont évolué dans d'excellentes conditions. Arrive l'accouchement. S'il est difficile, long, comme cela arrive souvent chez les primipares, s'il nécessite des manœuvres obstétricales, l'application du forceps, si les circulaires du cordon autour du cou ont déterminé des troubles graves de la circulation, de nouveau l'encéphale de l'enfant est en danger à cause de la compression ou des traumatismes qu'il pourra subir. Sur 494 idiots, Mitchell attribue 57 cas aux causes de cet ordre.

Après la naissance, il faut compter avec le terrain : s'il est préparé par des facteurs héréditaires directs ou indirects, l'encéphale pourra subir un arrêt de développrement sous l'influence de causes très variées : les maladies infectieuses, les auto-intoxications d'origine gastro-intestinale, les traumatismes de toute sorte : compression, chutes, coups portant sur la tête, violentes frayeurs, affections du système nerveux acquises sous l'influence de ces diverses causes comme la polyomyélite infantile, la méningite, l'épilepsie précoce, les hémorragies cérébrales, l'encéphalite, la sclérose diffuse du cerveau.

Parmi les encéphalites, l'*hémiplégie spasmodique infantile* peut également donner lieu à l'idiotie acquise.

Cette hémiplégie d'origine corticale débute généralement par des attaques épileptiques précédées parfois d'une période fébrile ainsi que l'avait consigné dans plusieurs observations Strümpell. Les attaques épileptiques prédominent

au début sur les membres du côté de la future hémiplégie. Elles prennent souvent le caractère du mal comitial subintrant avec élévation de la température centrale (Bourneville). L'hémiplégie apparaît d'une façon soudaine aussitôt que l'enfant sort de l'état de mal. Dans certains cas, elle apparaît sans convulsions préalables. Son caractère essentiel est d'être flasque et totale, affectant généralement toute une moitié du corps : jambe, bras, moitié de la face. Mais, l'impotence fonctionnelle est rarement complète, absolue dans les régions atteintes : le membre supérieur est plus gravement frappé de paralysie que le membre inférieur, et au niveau du bras, les muscles de la région radiale sont plus paralysés que les muscles des autres régions. Au niveau du membre inférieur, ce sont les muscles du groupe sciatique poplité externe qui sont plus affaiblis que les autres. En somme, dans l'hémiplégie spasmodique infantile, comme dans toutes les hémiplégies d'origine corticale, les extrémités des membres sont plus paralysées que leurs racines. A la face, c'est le facial inférieur qui est seul paralysé ; quant à l'hypoglosse, il est à peine touché. La flaccidité de l'hémiplégie dure une quinzaine de jours environ ; l'état spasmodique s'établit ensuite d'une façon définitive. L'atrophie du côté paralysé est la règle.

Les garçons deviennent idiots plus souvent que les filles ; la statistique de Hermann Piper indique la proportion de 2 : 1.

En rapport avec toutes les causes de l'idiotie, on a décrit des variétés correspondantes.

L'*idiotie génétique* de Ireland comprend tous les cas d'idiotie congénitale sur laquelle nous avons déjà insisté. Les infections et les traumatismes survenant après la naissance, peuvent donner lieu, avons-nous dit, à toutes sortes d'encéphalopathies infantiles ; de là, des variétés étiologiques suivantes : *idiotie par hémorrhagie cérébrale, idiotie éclamptique*; *idiotie épileptique, hydrocéphalique, microcéphalique, hypertrophique, inflammatoire, paralytique, traumatique.*

Une variété spéciale d'idiotie dite sensorielle est celle qui est déterminée par l'absence de toute perception, comme dans l'exemple classique de l'enfant Caspar Hauser. Cet enfant avait été enfermé depuis les premiers mois de sa vie dans une pièce où il n'avait pu voir qu'un seul homme ; il fut privé de toute autre perception pendant de longues années ; il prit ainsi toutes les apparences d'un idiot. Mais ce qui prouve bien que ce n'était là qu'une idiotie artificiellement créée et passagère, c'est que, placé dans un milieu où son éducation put se faire dans les conditions normales, Caspar Hauser développa son intelligence en assimilant rapidement tous les notions et les impressions nouvelles.

Si l'absence des perceptions est motivée par la cécité et la surdité survenues dès la première enfance, l'idiotie sensorielle peut être définitive.

Classifications des idiots. — L'idiotie étant un syndrome résultant d'affections les plus diverses des centres nerveux, il est impossible de faire une classification méthodique des idiots s'appliquant à tous les cas. Le nombre des

variétés est illimité : chaque type clinique, chaque cause étiologique, chaque lésion anatomique motive la constitution d'une variété particulière. Aussi, au lieu de réunir dans un chapitre unique les différentes classifications proposées, avons-nous jugé plus rationnel d'indiquer à propos de chacun des chapitres : description clinique, anatomie pathologique et étiologie, les classifications correspondantes de l'idiotie. Nous y renvoyons le lecteur.

Diagnostic. — Il est extrêmement difficile de porter un jugement sur l'état intellectuel d'un enfant très jeune. Les renseignements fournis par la mère ou la nourrice sont dans ce cas très précieux : l'enfant, sans cause apparente, est toujours somnolent, la tête tombante ; on n'arrive pas à lui faire prendre le sein ; on a beau essayer d'attirer son attention par toute sorte de moyens couramment employés pour les autres enfants, cela le laisse complètement indifférent. On fait ensuite un examen somatique complet, et on constate l'absence de toute affection aiguë pouvant motiver une pareille torpeur ; en revanche, on trouve des difformités du côté du crâne, quelquefois du côté du tronc et des membres. Ces signes physiques unis aux troubles fonctionnels signalés par la mère sont de nature à faire songer à l'idiotie.

Le diagnostic se confirmera par l'absence de développement ultérieur de l'enfant. A l'âge de deux, trois, quatre ans, ce bébé sera toujours gâteux, son attention ne sera attirée par rien, jamais il ne dira mot, jamais il ne manifestera le moindre sentiment, sa physionomie restera hébétée, et s'il marche, ce sera d'une façon lourde, maladroite ; au milieu d'autres enfants de son âge, il se fera remarquer par l'impassibilité de sa physionomie, son immobilité, son incompréhension des jeux les plus simples, son mutisme.

Plus les idiots avancent en âge, plus cette différence avec d'autres enfants normaux s'accentue, et plus le diagnostic devient facile ; à partir de sept ou huit ans, l'idiot se reconnaît sans hésitation. Une réserve s'impose cependant pour certains enfants qui ont l'apparence de grands arriérés, qui sont réellement très en retard dans leur développement intellectuel, et cela jusqu'à huit, neuf, dix ans ; puis, une sorte de réveil s'opère en eux, leur développement intellectuel reprend avec une intensité parfois remarquable et leur permet de rattraper le temps perdu. D'autres enfants produisent, à première vue, l'impression d'imbéciles et ne le sont nullement : tels sont les enfants maltraités, abandonnés, au point de vue matériel ou moral, par leurs parents, et qu'on est appelé à examiner dans les orphelinats, les écoles de réforme, les maisons de correction... Au bout de quelques jours ou de quelques semaines de régime plus convenable, ces enfants qui avaient l'air de bêtes traquées deviennent communicatifs et on est tout surpris de découvrir chez eux une intelligence parfois au-dessus de la moyenne. Ces réserves s'appliquent bien plus à des enfants ayant l'apparence d'imbéciles et non d'idiots chez qui les déformations craniennes et les troubles fonctionnels sont trop accentués vers l'âge de neuf, dix ans pour permettre le moindre doute. Ce qu'il importe alors de bien reconnaître, c'est le degré d'idiotie et cela en vue de l'éducabilité de l'idiot. Pour déterminer ce degré, une analyse détaillée des

facultés est nécessaire : de l'attention, des différentes formes de la mémoire, de la perception, etc...

L'idiotie congénitale se reconnaît donc assez facilement. Ce qui est plus difficile, c'est de faire le diagnostic de la cause de cette idiotie. Ce que nous avons dit au chapitre « étiologie » pourra guider dans cette recherche.

Pour l'*idiotie acquise,* la recherche du facteur étiologique est plus aisée. Mais là, il faudra s'appliquer à établir le diagnostic différentiel entre cette affection et deux autres qui peuvent la simuler : la démence précoce (l'hébéphrénie) et la paralysie générale juvénile ou même infantile.

La démence précoce est généralement secondaire à un délire simple ou hallucinatoire. La paralysie générale juvénile ou infantile a son évolution et sa symptomatologie spéciales qui ne permettent pas la confusion avec l'idiotie.

Pronostic. — D'une façon générale, on peut dire que dans l'immense majorité des cas, il est impossible de transformer l'idiot en un individu normal : l'arrêt de développement des centres nerveux échappe le plus souvent à l'influence thérapeutique qui est incapable de créer des neurones là où il en manque. C'est ainsi que l'idiotie très marquée, s'accompagnant de toutes les défectuosités fonctionnelles et physiques qui la caractérisent, est une affection absolument incurable : on perdra son temps inutilement en voulant éduquer un idiot de cette catégorie. Seulement, nous avons vu à propos des diverses classifications d'idiotie, qu'il n'existe pas de types fixes de ce syndrome et que chaque cas particulier a une physionomie clinique, psychologique ou étiologique tout à fait personnelle. Le pronostic, comme le diagnostic, dépend de l'analyse très détaillée de toutes les particularités qui caractérisent le cas déterminé. Il arrive ainsi que, dans certaines idioties occasionnées par un traumatisme cranien, par exemple, l'arrêt de développement cérébral n'est ni complet, ni définitif, et qu'il y a moyen, par un traitement approprié, par une éducation bien conduite, de diminuer dans une proportion plus ou moins grande, l'intensité de l'affaiblissement intellectuel. Le même fait peut se présenter dans les idioties provoquées par une hémorragie cérébrale, par de l'hydrocéphalie. Le degré d'éducabilité ne peut être bien déterminé qu'après un diagnostic de tous les détails du cas. J. Voisin démontre que la non-éducabilité est à peu près certaine chez les idiots présentant ces trois symptômes : extrême émotivité, attaques fréquentes d'épilepsie et gâtisme. Quand un de ces symptômes manque, surtout l'émotivité, on peut espérer, après un traitement et une éducation longtemps poursuivis, obtenir que l'idiot apprenne à faire un travail très simple, très machinal, comme, balayer ou frotter. Il faut d'ailleurs, nous l'avons dit, les exercer toujours dans tout ce qu'on leur a appris à faire, sans quoi ils l'oublient avec une désespérante facilité.

Naturellement, plus on s'éloigne de l'idiotie proprement dite, pour se rapprocher de l'imbécillité et de la débilité mentale, plus les chances d'éducabilité augmentent.

Durée. — Les idiots complets ne vivent guère vieux : ils dépassent rare-

ment la trentaine. Beaucoup d'entre eux meurent pendant les premières années de la vie, à la suite d'une affection aiguë intercurrente quelconque provoquant une cachexie à évolution rapide intense.

Les imbéciles peuvent arriver à des âges avancés.

Complications. — Il est rare, exceptionnel même, qu'au cours de l'idiotie, apparaisse une psychose comme la manie ou la mélancolie ; le fait se produit plutôt chez les imbéciles et les débiles ; ces derniers sont même capables de présenter des idées délirantes à tendance systématique.

Plusieurs affections nerveuses peuvent coexister avec l'idiotie ; parmi elles, l'épilepsie occupe la place la plus importante puisqu'elle s'observe chez le quart des idiots ; la chorée vient après ; la moins fréquente est l'hystérie.

Très souvent, on retrouve chez les idiots les stigmates de la syphilis ou de tuberculose héréditaires : les organes thoraciques et abdominaux, la peau, les yeux, les dents, réservent souvent à cet égard des surprises importantes.

La gloutonnerie des idiots est souvent la cause des maladies du tube digestif : gingivites, stomatites, embarras gastrique ; diverses entérites n'ont souvent pas d'autre origine. On a remarqué également la grande fréquence chez les idiots des végétations adénoïdes.

Traitement. — Pour lutter efficacement contre la production de l'idiotie, il faut diminuer la consommation alcoolique du pays, améliorer les conditions sociales du peuple au point de vue de l'habitation et du travail, et surtout celles de la femme du peuple ; prendre des mesures sanitaires empêchant la propagation de la syphilis et d'autres maladies infectieuses ; mettre les aliénés et les épileptiques dans l'impossibilité de procréer.

Comme remède à l'idiotie reconnue tant soit peu éducable, il faut s'appliquer d'aussi bonne heure que possible (à partir de trois, quatre ans), à développer, avant tout, les sens : la vue, l'ouïe, le tact, à l'aide d'objets d'un usage courant ; on apprendra à la longue à l'idiot à distinguer leur forme, leur couleur, leur volume, leur son, la sensation que donne leur contact.

On passera ensuite au domaine de la motilité, et là, pour apprendre à l'idiot certains actes indispensables comme : saisir sa nourriture, mâcher, avaler ou marcher, on tâchera de développer chez lui la faculté d'imitation, en répétant devant lui le même acte, souvent, sans se lasser. C'est encore par l'imitation qu'on parviendra à lui apprendre quelques mots, en les lui prononçant constamment en même temps qu'on lui montre les objets qu'ils servent à désigner. Après de longues années d'efforts de ce genre, on parvient à rendre certains idiots assez propres, ne gâtant que rarement, sachant se rendre un peu utiles par un travail manuel mécanique, pouvant dire quelques phrases banales toujours les mêmes, et signer leur nom.

Il arrive cependant de temps à autre qu'un idiot offre une aptitude particulière pour le chant, la musique instrumentale, le dessin ; en cultivant son aptitude de prédilection, on aide dans une certaine mesure au développement de son intelligence en général.

On voit à quelle patience et à quelle persévérance il faut se résigner si l'on veut s'occuper d'une façon profitable de l'éducation des idiots. Aussi est-il nécessaire d'être spécialement dressé pour une pareille besogne, et de connaître à fond entre autres, tous les procédés employés en France par Séguin, Belhomme, Félix Voisin, Delasiauve, Bourneville, qui ont consacré une grande partie de leur activité à l'éducation des idiots et des imbéciles.

A côté de l'*éducation* qui constitue ici le traitement psychique, il faut s'occuper de l'hygiène générale des idiots : leur procurer une alimentation saine, le séjour au grand air, des exercices physiques modérés ; veiller à ce qu'ils mangent sans dévorer, sans s'étouffer, sans se donner des indigestions.

La syphilis héréditaire, l'épilepsie, le myxœdème seront combattus par des médicaments et préparations appropriés.

Quant à la *trépanation*, ses résultats ne sont aucunement encourageants.

BIBLIOGRAPHIE

Emminghaus, *Die psychischen Störungen des Kindesalters*, S. 243 f. — Sollier, *L'idiot et l'imbécile*, 1890. — J. Voisin, *L'idiotie*, 1893. — Bourneville, *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie*. Vol. I à XX. Paris, 1900. — Berkhan. *Ueber Störungen der Sprache und der Schriftsprache*, 1889. — Pifer, *Zur Ætiologie de Idiotie*, 1893. — Hammarberg, *Studien über Klinik und Pathologie der Idiotie*, 1895. — Jelgersma (G.), Imbécillité et idiotie. *Belgique med.* Gand-Haarlem, 1897, IV, 129, 166, 193. — Verga (G.-B.), Contributo alla fisio-patologia dell' imbecillità. *Gaz. med. lomb.*, Milano, 1896, 481, 491, 501; 1897, 3, 12, 21. — Bourneville et J. Noir. Idiotie hydrocéphalique acquise. *Arch. de neurol.*, 1898, 2 s. V, p. 288-299. — Thomson (J.), On the diagnostic and prognosis of certain forms of imbecility in infancy. *Scot. M. et S. J.*, 1898, II, 203-215, 4 planches. — Ireland (W.W.), The mental affections of childern : idiocy, imbecility, and insanity. *Phila. P. Blakiston's son a C°*, 1900, 2e éd., in-8°, 450 p. — Chiari, Ueber basale Schädelhyperostose und ihre Beziehung zur Idiotie. *Verhand. d. Geselsch. deutsch. Naturf. und Aerzte*. 71. Vers. 1899, 1900, 2 Th., 2 Hälfte, 8-9. — Ziegler (K.), Ueber den Lebenszweck der Blodsinnigen. *Ztschr. f. d. Behandl. schwachsinn. u. Epilept.* Dresd., 1900, XVI, p. 155-163. — Frenzel (F.), Das Gefühlsleben der Geistesschwachen. Ein Beitr. zur pädag. Pathopsychologie. *Ztschr. f. d. Behandl. Schwachsinn. u. Epilept.*, Dresden, 1900, XVI, 145-155. — Kellner. Ueber Kopfmaasse der Idioten. *Allg. Ztschr. f. Psych.*, 1901, LVIII, p. 61-78. — Mouratoff (V.A.). L'idiotie katatonique. *Med. Obozr*,, Moscou, 1901, LV, 34-56. — Weygandt (W.), *Die Behandlung idiotischer und imbeciller Kinder in ärztlicher und pädagogischer Beziehung*. Würzburg, Stuber, 1900 in-8°, 103 s.

LIVRE VIII

TROUBLES MENTAUX CONGÉNITAUX OU ACQUIS DANS LES LÉSIONS DU CORPS THYROIDE

CHAPITRE PREMIER

TROUBLES MENTAUX PAR INSUFFISANCE THYROIDIENNE

Par J. ROUBINOVITCH

I

MYXOEDÈME

Historique. — En 1873, W. Gull décrivit dans une communication à la Société médicale de Londres, une affection qu'il avait rencontrée chez la femme après l'âge de la ménopause et qui se caractérisait par l'état crétinoïde de l'intelligence, par un aspect œdémateux de la peau et par une cachexie générale, Quelques années après, un autre auteur anglais. Ord, compléta l'étude de W. Gull. Il publia deux nouveaux cas de l'affection et cette fois, avec examen anatomo-pathologique. Il constata la richesse de la peau en mucine et proposa de désigner la maladie sous le nom de *myxœdème,* qu'elle porte généralement aujourd'hui.

En France, la nouvelle entité morbide fut étudiée pour la première fois en 1879 par Charcot et la première observation fut publiée par son élève G. Ballet sous le nom de *cachexie pachydermique*. Charcot et Ballet s'attachèrent à montrer que, contrairement à ce qu'avait pensé Gull, le myxœdème n'affecte pas seulement la femme âgée, mais peut aussi se montrer chez l'homme adulte. Vers la même époque parurent les observations d'Olivier, de Morvan, de Bourneville et d'Ollier. Ces derniers décrivirent en 1880 des cas de myxœdème chez l'enfant et le nouveau-né sous le nom d'*idiotie myxœdémateuse*. On sort ensuite du domaine purement descriptif pour aborder la pathogénie de cette singulière affection. Le signal est donné en 1882 par cette fameuse opération de J. Reverdin de Genève qui réalise le myxœdème à la suite de

l'excision du corps thyroïde chez l'homme. Les recherches expérimentales de Schiff en 1884, de Horsley, de Eiselsberg, de Gley, de de Quervain, d'Albertoni et Tiszoni, de Rogowitsch, celles plus récentes de Hofmeister sur des animaux nouveau-nés, beaucoup d'autres qu'il serait fastidieux d'énumérer ont définitivement fixé la pathogénie et la thérapeutique du myxœdème.

Indirectement, ces travaux ont servi à démontrer l'étroite parenté qui relie le crétinisme au myxœdème.

Symptomatologie. — L'historique que nous venons de présenter indique les phases par lesquelles a passé la symptomatologie du myxœdème : on l'a vu d'abord chez l'adulte, on l'a décrit ensuite chez le nouveau-né, on l'a constaté enfin chez l'homme opéré de son corps thyroïde. Au fond, il ne s'agit là que d'une seule et même affection ayant une anatomie pathologique, une pathogénie et une thérapeutique absolument identiques; l'élément étiologique seul varie, mais il est d'importance assez grande pour imprimer au tableau clinique un cachet particulier. C'est pourquoi il est bon de conserver, au point de vue descriptif, la division du myxœdème en trois grandes variétés cliniques : *myxœdème de l'adulte* que Charcot appela *cachexie pachydermique*, *myxœdème du nouveau-né* qui a reçu des auteurs un grand nombre de noms que nous citerons à leur place et *myxœdème opératoire* magistralement mis en lumière par J. Reverdin.

I. — Myxœdème de l'adulte ou cachexie pachydermique

Chez certaines personnes ayant dépassé la quarantaine, on voit apparaître à la suite d'une perte sanguine plus ou moins abondante ou d'une maladie infectieuse comme le rhumatisme articulaire aigu, des modifications singulières dans l'intelligence et dans l'ensemble de l'organisme.

Ces modifications sont imperceptibles d'abord, mais progressivement elles augmentent pour permettre de constater à un moment donné des signes d'une importance indiscutable : l'*œdème de la peau*, l'*affaiblissement des facultés intellectuelles*, la disparition ou l'*atrophie de la glande thyroïde*. Examinons chacun des éléments de cette triade.

1. *Faux œdème de la peau.* — Les téguments sont tuméfiés, comme infiltrés et cela des pieds à la tête. On est surtout frappé par les modifications survenues dans la figure du malade : la peau du front est boursoufflée et plissée; les paupières sont gonflées et rapetissent singulièrement les fentes palpébrales; le nez est élargi; les oreilles ont perdu leurs contours normaux, elles sont épaisses et difformes; les joues, un peu plaquées de rose, tremblottantes à force d'être infiltrées, encadrent des lèvres renversées par excès d'épaisseur et cyanosées. La peau du visage est d'un pâle jaunâtre, teinte essentiellement cachectique. Dans l'ensemble, on trouve un visage gonflé de tous les côtés, large et rond, dépourvu de toute expression, ce qui a permis à Gull de le comparer à la lune.

Cette infiltration des téguments se retrouve sur le reste du corps : la peau y est dure, élastique, sèche et quand on enfonce le doigt, on ne produit pas de godet comme dans les œdèmes d'origine rénale ou cardiaque.

Les mains et les pieds sont difformes à force d'être épais ; les doigts sont en boudins. Les extrémités sont continuellement froides, cyanosées. Dans les régions sus-claviculaires, sous les aisselles, on trouve souvent des tumeurs ressemblant à des lipomes et qui ne sont que des masses d'infiltration plus abondantes à ces niveaux que partout ailleurs.

Les *cheveux*, les *poils*, les *ongles* sont profondément modifiés. Les cheveux sont secs et tombent. Les sourcils et les cils, les poils des aisselles et du pubis sont rares ou nuls. Les troubles trophiques des ongles ne sont pas moins accentués : striés dans tous les sens ils se cassent avec la plus grande facilité.

Les différentes *muqueuses* : buccale, linguale, pharyngée, laryngée, sont sèches, gonflées, blanchâtres ; leur tuméfaction explique certaines difficultés de déglutition et d'articulation qu'on observe chez les malades atteints de myxœdème.

Du côté des glandes sudorales et sébacées, la sécrétion est diminuée ou nulle.

Si le phénomène de l'infiltration tégumentaire est celui qui attire immédiatement l'attention de l'observateur, les troubles d'ordre psychique sont aussi faciles à constater. D'abord, l'attitude du sujet qui a sa tête penchée sur le tronc avec un air profondément hébété. Involontairement on pense à l'idiotie, et le fait est qu'il y a là une certaine analogie.

Le myxœdémateux adulte reste continuellement à la même place, dans la même position, le moindre mouvement lui coûte, le moindre effort pour parler le fatigue. Aussi est-il muet ou à peu près ; s'il articule quelques mots, c'est avec une lenteur désespérante, comme cela se voit chez certains vésaniques plongés dans une profonde torpeur.

2. Recherche t-on chez lui l'état des *fonctions intellectuelles*, on constate que la mémoire est affaiblie, obnubilée, que les sensations extérieures sont à peine perçues, que l'association des idées est profondément entravée sans qu'il y ait d'idées délirantes. L'expression hébétée du visage rend fidèlement compte de ce qui se passe dans le cerveau du myxœdémateux : un engourdissement, une paresse, une apathie de toutes les fonctions psychiques, idéogènes, sensitives, sensorielles ou motrices.

3. Avec les deux symptômes importants que nous venons de décrire, le faux œdème et la torpeur cérébrale, le tableau clinique du myxœdème a déjà une personnalité nosologique à part ; mais il s'y ajoute toujours un troisième signe plus difficile à découvrir que les deux premiers, c'est l'*atrophie* ou l'*absence de la glande thyroïde*. La difficulté de la constatation de ce signe résulte d'abord de ce que, même à l'état normal, la recherche du corps thyroïde par la palpation nécessite une grande habitude et une certaine finesse du tact ; elle vient encore de cette autre circonstance que, chez le myxœdémateux, la peau du cou étant infiltrée, la difficulté de la palpation est considé-

rablement augmentée. Toutes les prescriptions théoriques que nous pourrions donner pour pratiquer le palper thyroïdien ne vaudront pas l'exercice répété de cette recherche. Chez le myxœdémateux adulte, l'atrophie de la glande est précédée quelquefois d'un gonflement passager, d'une hypertrophie transitoire.

Exceptionnellement, cette hypertrophie peut persister, mais dans ce cas la glande, tout en étant plus grosse, est profondément altérée dans sa structure et dans ses fonctions. Il peut même arriver que le malade présente une hypertrophie réelle du corps thyroide déterminant le syndrome de Basedow qui se trouve suivi de myxœdème quand la glande thyroïde, altérée dans sa structure intime, cesse sa fonction normale.

Les trois symptômes cardinaux du myxœdème s'accompagnent d'une multitude de signes moins importants et variables que nous ne ferons que rappeler rapidement.

L'examen objectif du *système nerveux* permet de constater qu'il n'existe du côté de la surface cutanée aucune plaque d'anesthésie ou d'hypéresthésie.

La sensibilité subjective est altérée ; le myxœdémateux pachydermique accuse une sensation de froid intérieur, froid glacial dont il parle généralement avec une grande insistance ; il se plaint aussi de bourdonnements d'oreilles, de vertiges, quelquefois de véritables céphalalgies.

Les réflexes rotuliens sont habituellement affaiblis, mais on ne trouve pas de tremblements, de paralysies, ni de contractures.

Nous avons insisté plus haut sur l'état des *muqueuses ;* il nous explique la gêne de la déglutition, les mauvaises digestions, la constipation, très fréquente chez le myxœdémateux ; d'autant plus que ses dents sont souvent cariées ou absentes. Ce même état tuméfié et sec des muqueuses nous rend compte des particularités de la voix du myxœdémateux qui est lente, monotone, à timbre rauque.

Le *pouls* est irrégulier, les battements cardiaques sont très faibles. L'*hypothermie* atteint parfois 35°, moins même. Dans certains cas, on trouve de l'albumine dans les urines. Chez les femmes on note des métrorrhagies, très fréquentes, d'ailleurs, à l'occasion de la ménopause.

Le myxœdème de l'adulte qui a, comme nous l'avons dit, un début insidieux, évolue très lentement mais d'une façon progressive. Si l'on n'intervient pas par un traitement approprié, il conduit sa victime vers la *cachexie* de plus en plus profonde qui rend l'organisme particulièrement apte à contracter une affection pulmonaire, rénale ou cérébrale intercurrente.

De toutes les *complications* qui viennent mettre un terme à l'existence du myxœdémateux cachectique, la tuberculose pulmonaire occupe la première place. Aux approches de la *terminaison* léthale, le faux œdème diminue et peut même disparaître.

On a remarqué que la chaleur empêche les progrès trop rapides de la cachexie myxœdémateuse et que le séjour dans un climat chaud peut déterminer une sorte de rémission dans son évolution.

II. — Myxœdème de l'enfant ou idiotie myxœdémateuse

Étant donné que le myxœdème résulte de la suppression de la fonction normale du corps thyroïde, on comprend que les conséquences de cette suppression ne sont pas les mêmes pour un organisme déjà développé, comme dans la variété précédemment étudiée, que pour un organisme qui ne fait que commencer son développement. Le nouveau-né, l'enfant âgé de quelques années, l'adolescent même ne réagiront pas de la même façon, vis-à-vis de cette suppression, qu'un individu adulte.

La suppression de la fonction thyroïdienne chez le nouveau-né crée le tableau clinique complet de l'*idiotie myxœdémateuse* appelée encore *myxœdème congénital*.

Les premières manifestations du myxœdème de cet ordre ne se montrent pour ainsi dire jamais dès la naissance. De même, on ne les observe guère pendant toute la durée de la lactation. Mais aussitôt après le sevrage, elles débutent par une modification caractéristique du visage de l'enfant qui devient bouffi et perd l'expression qu'il pouvait avoir auparavant. A mesure que l'alimentation mixte continue, on assiste à l'évolution d'une maladie où l'arrêt du développement physique s'unit à un état d'infiltration des téguments avec cachexie de plus en plus accusée, absence du corps thyroïde et arrêt de développement intellectuel.

L'*aspect extérieur* de l'enfant est très caractéristique : la boufissure de son visage plein et rond, dépourvu de toute expression ; l'énorme tête plantée sur un tout petit corps ; le front étroit et bas ; les paupières rétrécissant les fentes palpébrales ; le nez court, mais largement étalé à sa base, bordé de chaque côté de joues ridiculement épaisses et tremblottantes ; la bouche à lèvres épaisses et molles toujours écartées pour montrer une énorme langue, large et épaisse ; le menton à peine indiqué et des oreilles infiltrées, sans contours, violacées, tout cela est trop particulier pour prêter à la moindre confusion. Cette tête, trop grosse pour le corps, est surtout volumineuse dans sa région occipitale ; la région frontale est plutôt rétrécie. Il n'existe pour ainsi dire pas de cou, tellement la tête, en s'enfonçant dans les épaules, l'efface. Au niveau du tronc, les téguments sont infiltrés comme au visage ; des plis nombreux les parcourent comme s'il y avait de la peau en trop. Au niveau des aisselles, des régions sus-claviculaires et de l'ombilic, on retrouve les mêmes masses d'infiltration que nous avons déjà signalées dans le myxœdème de l'adulte. La colonne vertébrale est souvent déviée. Le ventre de l'enfant est large, étalé. Les membres souvent incurvés sont trop volumineux comparativement au tronc ; ils manquent de contours, affectent une forme cylindrique. Les mains en bêche se terminent par des doigts en petites saucisses et les pieds ressemblant à ceux de pachydermes ont des orteils gonflés, difformes. L'arrêt de développement des organes génitaux est la règle ; chez les filles, toute la région des lèvres et du clitoris est largement infiltrée. Comme chez l'adulte, il s'agit là d'un faux œdème, car partout les téguments infiltrés sont durs,

élastiques, résistants à la pression du doigt qui ne laisse au lieu d'application aucune trace. La couleur des téguments varie : aux extrémités, au nez, aux oreilles, ils sont violacés ; au visage, pâles, sales, terreux. Au contact, la peau est sèche, ce qui tient à une sécrétion insuffisante ou nulle des glandes sébacées et sudorales. Tout ce que nous avons dit au sujet de l'état des muqueuses dans le myxœdème de l'adulte, peut être répété entièrement en ce qui concerne le myxœdème du nouveau-né et ici comme là, leur tuméfaction et leur sécheresse explique la raucité de la voix, les troubles digestifs et la constipation.

Les *cheveux*, les *poils* et les *ongles* offrent les mêmes défauts d'ordre trophique.

La *croissance* de l'enfant est arrêtée ; un véritable *nanisme* se produit par suite de cette perturbation de la nutrition générale. C'est surtout le tronc qui ne s'allonge pas. En prenant des myxœdémateux dès les premières années de la vie, on trouve qu'ils ont des tailles toujours extrêmement faibles :

A deux ans (cas de Combe), 68 centimètres.

A quatre ans (cas de Combe), 69 centimètres.

A neuf ans (cas de J. Voisin), 76 centimètres.

A dix-neuf ans (cas de Bourneville), 90 centimètres.

A vingt-et-un ans (cas de Francotte), 84 centimètres.

A vingt-six ans (cas de Raymond et Roubinovitch), 83 centimètres.

A trente-et-un ans (cas de Ball), $1^{m},10$.

Dans la forme congénitale, la première *dentition* est tardive ou absente ; là où les dents se forment, elles se carient rapidement.

Les *organes respiratoires* fonctionnent mal ; l'enfant a de la dyspnée pour le moindre effort. La *circulation* est ralentie, les extrémités sont cyanosées, froides. Un abaissement sensible de la *température centrale* est la règle et, comme chez l'adulte, il existe une extrême sensibilité pour le froid.

Le *pouls* est très faible, accéléré, mou, et la pression sanguine au-dessous de la normale.

Le mauvais état des fonctions *gastro-intestinales* s'explique par l'état des muqueuses.

Les fonctions *rénales* sont troublées : le taux de l'urée et de l'acide urique est sensiblement diminué.

A cet ensemble de faits résumant un développement physique nul ou insuffisant, s'ajoutent des symptômes indiquant que l'*état mental* de l'enfant ne fait aucun progrès. A mesure que l'âge de l'enfant avance, son visage prend un air singulier, à la fois pontifiant et bête, d'une gravité ridicule : les rides du front, l'immobilité des traits sont cause de cette expression bizarre. A l'encontre du véritable idiot, il est parfaitement tranquille, ne pousse pas de cris inarticulés, ne s'agite pas inutilement, ne se masturbe pas, ne présente ni des tics ni des convulsions épileptiformes. Il réalise le type le plus parfait de la torpeur cérébrale : le petit myxœdémateux ne fait pas le moindre mouvement ; essaie-t-on de le faire marcher ou se tenir debout, il s'affaisse sur lui-même ; rien ne peut le sortir de cet état d'engourdissement général physique

et psychique ; la faim même ne le pousse pas à chercher sa nourriture placée à quelques pas de lui ou à la portée de sa main ; l'apathie, l'indifférence est telle que, pour entretenir la vie du petit myxœdémateux, il faut introduire les aliments jusqu'au fond de son gosier où le réflexe pharyngien se charge de lui-même de provoquer le mouvement de la déglutition. L'articulation n'existe pas ; l'enfant émet quelques sons à timbre rauque ou strident.

Enfin le symptôme le plus important de tous et qui donne la clef des phénomènes physiques et psychiques observés dans le myxœdème du nouveau-né, c'est l'*absence de la glande thyroïde* qu'on peut constater par la palpation.

L'évolution de ce myxœdème vers la *cachexie* est progressive quoique lente ; les enfants qui en sont atteints peu de temps après leur naissance, ne vivent guère au delà de vingt à vingt-cinq ans et exceptionnellement seulement peuvent atteindre trente ou quarante ans. Comme dans le myxœdème de l'adulte, la cachexie prépare un terrain favorable à une infection intercurrente et le plus souvent, c'est la tuberculose pulmonaire qui emporte le malade.

Le myxœdème de l'enfant peut se déclarer à un *âge* plus avancé, vers trois, quatre ans, lorsque sous l'influence d'une maladie infectieuse quelconque, la glande thyroïde s'est trouvée enflammée d'abord et atrophiée ensuite. Pendant les premiers mois ou les premières années de son existence, l'enfant a pu se développer normalement et acquérir un certain bagage de sensations et d'idées.

L'arrêt de développement survenant dans ces conditions crée une situation légèrement meilleure que celle du nouveau-né myxœdémateux. Les troubles physiques du côté des téguments et des muqueuses sont moins accusés, l'enfant demande sa nourriture, il est moins inerte, il sait dire quelques mots qu'il prononce d'une voix moins stridente, il reconnaît son entourage habituel, en un mot, il est moins idiot que l'autre, mais il s'achemine aussi sûrement vers la cachexie myxœdémateuse avec tous les troubles qui la caractérisent.

Sous l'action de mêmes causes infectieuses, la glande thyroïde peut n'être détruite que partiellement vers le même âge de deux, trois ou quatre ans. En pareil cas, il y aura des symptômes analogues à ceux que nous avons indiqués dans le myxœdème du nouveau-né, mais considérablement atténués : la croissance se fera, mais faiblement, la première dentition évoluera normalement et la seconde seulement se trouvera en retard ; le faux œdème des téguments existera à un degré beaucoup moins accusé ; de même, pour les fonctions psychiques, l'enfant paraîtra légèrement arriéré, mais son activité sera de beaucoup supérieure à ce qu'elle est chez les enfants frappés d'une suppression complète de la fonction thyroïdienne, et il sera susceptible d'une éducation et d'une instruction convenables.

III. — Myxœdème opératoire ou cachexie strumiprive

Cette variété de myxœdème a été décrite pour la première fois par J. Reverdin en 1882. Ce chirurgien génevois l'a observée à la suite d'une thyroï-

dectomie. Les observations ultérieures de J. et A. Reverdin, de Kocher, de Baumgartner, Lancereaux, Lannelongue, Stokes et Gordon ont pleinement confirmé l'idée de la possibilité de la production du myxœdème par l'ablation du corps thyroïde.

Le début du myxœdème suit rarement de très près l'intervention opératoire; cependant, dans certains cas, les accidents éclatent trois, quatre semaines après cette intervention ; le plus souvent, le début n'a lieu que plusieurs mois après, d'une façon lente, insidieuse.

Les modifications psychiques habituelles, l'*inertie*, l'*apathie* se déclarent en premier lieu ; le sujet thyroïdectomié accuse un sentiment de fatigue dans tous les membres, il évite le moindre mouvement, se plaint de froid. Arrive ensuite le symptôme capital du myxœdème : l'*infiltration de la peau* du visage, du tronc et des membres, avec ses caractères de faux œdème dur et résistant au doigt. L'infiltration gagne les muqueuses et le sujet a un peu de disphonie; il parle comme s'il avait de la bouillie dans la bouche; il déglutit difficilement, présente les troubles gastro-intestinaux décrits plus haut. Parallèlement, la *torpeur intellectuelle et morale* s'accentue d'une façon progressive.

Tous ces troubles sont plus accusés chez des individus jeunes, en cours de développement. Quand la thyroïdectomie a été radicale, on peut se trouver en présence d'un myxœdème éclatant d'une façon aiguë : les accidents revêtent alors une forme convulsive avec contractures, tiraillements, et la confusion mentale apparaît. Dans un cas cité par A. Combe, des convulsions tétaniformes s'installèrent dans tous les muscles du corps, et cela d'une façon définitive. Cette forme aiguë est d'ailleurs tout à fait exceptionnelle.

Dans le plus grand nombre de cas, le myxœdème opératoire évolue vers la cachexie lorsqu'il est abandonné à lui-même. Ce n'est que si l'ablation de la glande thyroïde a été incomplète ou si le sujet opéré est en possession des glandes parathyroïdes accessoires, du thymus ou de la glande pituitaire hypertrophiée qu'il se produit, grâce à la suppléance fonctionnelle de ces glandes, un arrêt dans la marche progressive du mal, et même quelquefois une véritable rétrocession.

Chez les enfants, la thyroïdectomie totale détermine un arrêt complet du développement avec nanisme et idiotie ; Bruns, Lancereaux en ont produit des exemples extrêmement probants. On conçoit alors la gravité du pronostic lorsqu'il s'agit de l'ablation d'un goitre chez un individu jeune. Certes, la nature du goitre a une grosse importance au point de vue des suites de son ablation : la suppression d'un goitre suffocant comprenant un corps thyroïde sain est beaucoup plus dangereuse que celle d'un goitre colloïde où la glande, altérée dans sa structure, fonctionnait déjà depuis quelque temps d'une façon défectueuse et préparait par conséquent l'organisme à sa disparition ; dans le premier cas, on risque d'avoir affaire à la forme aiguë du myxœdème ; dans l'autre, on produit plutôt la forme ordinaire, chronique ; mais le résultat définitif est le même : la cachexie myxœdémateuse. Le terrain est propice à toute sorte d'affections intercurrentes, le plus souvent à la tuberculose pulmonaire, qui emporte beaucoup de ces malades.

Pathogénie. — Les faits opératoires de J. Reverdin et les recherches expérimentales de Schiff ont nettement et irréfutablement établi le rapport existant entre le myxœdème et la fonction du corps thyroïde. La suppression totale de fonction, non suppléée par celle d'un reste de la glande thyroïde, des glandes parathyroïdes, du thymus ou de l'hypophyse hypertrophiée, telle est la condition nécessaire, essentielle de la production du myxœdème.

Nous avons étudié le myxœdème opératoire qui est en lui-même le résultat d'une expérience *in anima vili*. Examinons rapidement les faits qui se rattachent à la physiologie expérimentale du myxœdème.

Dans ses premières expériences, Schiff opérait sur des animaux herbivores et carnivores en leur enlevant la totalité du corps thyroïde; il produisait alors des accidents aigus sous forme de convulsions tétaniques, et les animaux succombaient, les carnivores plus rapidement que les herbivores. Pour bien s'assurer que l'absence de la glande thyroïdienne devait être incriminée seule, Schiff, dans une autre série d'expériences introduisait une glande thyroïde sous la peau de l'abdomen de l'animal qui venait d'être thyroïdectomié. La mort ne survenait pas si cette glande thyroïde était de la même espèce animale.

La vérification de ces expériences a été faite par Horsley, Eiselsberg, Gley Hofmeister; elle a entièrement confirmé les résultats obtenus par Schiff.

Il fallait ensuite démontrer le rôle exact des glandes parathyroïdes que Schiff sacrifiait dans ses premières expériences en pratiquant l'ablation du corps thyroïde dans sa totalité.

Quand on pratique la thyroïdectomie en laissant intactes les glandes thyroïdes accessoires comme la chose a été faite chez les lapins, rats, moutons, chèvres, jeunes ou nouveau-nés, par Hofmeister, Gley, Christiani, Eiselsberg, on observe les faits suivants.

Les accidents aigus ne se produisent pas; la survie est assurée; seulement, au bout de huit ou quinze jours, l'animal ainsi opéré devient faible, apathique, somnolent; il ne croît plus; son ventre se boursoufle; ses poils perdent leur couleur vive et leur consistance fine; ils deviennent secs, ternes durs, tombent facilement; dans l'ensemble, il y a là plus qu'une analogie avec ce qu'on observe dans le myxœdème chronique des enfants.

C'est donc bien la suppression ou la diminution de la fonction thyroïdienne qui produit le myxœdème. Quelle est alors cette fonction à l'état normal et pourquoi le myxœdème se produit-il quand celle-ci est supprimée ?

Schiff suppose que la glande thyroïde élabore à l'état normal une substance qui passe par le sang pour se diriger ensuite vers le système nerveux pour lequel elle constitue un élément trophique de premier ordre; privée d'elle, la nutrition générale des centres nerveux baisse et ils dépérissent d'où ralentissement de toutes les fonctions: trophiques, motrices, intellectuelles, etc.

Albertoni et Tiszoni ont également émis l'hypothèse d'une substance sécrétée par le corps thyroïde, mais, d'après eux, cette substance reste dans le sang où elle contribue à la production de la quantité d'oxygène nécessaire. Sans cette substance, le sang s'appauvrit en oxygène, mais on ne saisit pas

pourquoi ce trouble hématopoiétique détermine le syndrome si complexe du myxœdème ; tout au plus, peut-il rendre compte de certains phénomènes comme l'anémie avec décoloration des téguments.

Enfin, Horsley attribue au corps thyroïde le rôle d'un transformateur des substances mucinoïdes fabriquées par l'organisme : il les rendrait utilisables.

Cette fonction du *métabolisme mucineux* est assez obscure, car son auteur ne nous dit pas comment elle se réalise et en quoi la mucine se transforme.

Si ces deux importantes questions étaient favorablement résolues, il ne serait pas difficile d'en conclure que du moment que la transformation des substances mucinoïdes n'a pas lieu, celles-ci s'accumulent dans l'organisme, d'où myxœdème.

La grande majorité des auteurs incline vers l'hypothèse de Schiff. Mais comment, à l'aide de quels matériaux de l'organisme la glande thyroïde produit-elle son importante sécrétion ? De quoi se compose cette dernière ?

Pour Schiff, la substance sécrétée est plus que trophique pour les centres nerveux, elle est anti-toxique, car elle détruit, en passant par le sang, certains poisons qui y ont pénétré sous l'influence d'une alimentation carnée.

En faveur de ce rôle anti-toxique de la substance thyroïdienne plaident des expériences très concluantes. Ainsi, sous l'influence de la thyroïdectomie, la toxicité urinaire augmente ; la démonstration en a été donnée par Gley. De même, après la thyroïdectomie d'un chien, par exemple, des accidents graves se produisent ; qu'on injecte à l'animal opéré du suc thyroïdien ayant la même origine et tout rentre dans l'ordre. Comme d'autre part on a constaté que l'alimentation carnée aggrave singulièrement l'état des animaux thyroïdectomiés et que c'est elle qui joue un rôle assez important dans la production du myxœdème des petits enfants, les expérimentateurs comme Schiff et d'autres en ont conclu que la sécrétion normale de la glande thyroïde est destinée à neutraliser les poisons provenant de cette nourriture trop azotée.

En résumé, tout en ignorant encore la nature intime de la substance élaborée par la glande thyroïde, on suppose aujourd'hui avec Schiff qu'elle est trophique et anti-toxique. En son absence, les centres nerveux perdent un élément important de leur nutrition et le sang est privé d'un élément qui neutralise les poisons provenant de l'alimentation azotée.

Étiologie. — Ici, nous avons à examiner les causes qui déterminent l'altération ou l'absence de la glande thyroïde.

Dans le myxœdème de l'adulte, l'*âge* et le *sexe* semblent constituer deux éléments étiologiques assez importants.

C'est entre trente-cinq et cinquante-cinq ans que ce syndrome se déclare géneralement, et plus souvent chez la femme, à cause probablement des rapports intimes qui existent entre le corps thyroïde et les organes génitaux de la femme : on a souvent remarqué des congestions de cette glande à l'occasion des époques cataméniales, de la grossesse, de la ménopause. Une cause plus directe est constituée par l'inflammation secondaire de la glande sous l'influence des diverses *maladies infectieuses* comme le rhumatisme articu-

laire aigu, l'érysipèle du cuir chevelu, la syphilis. Il peut alors se déclarer une thyroïdite qui évolue sans bruit vers la sclérose avec suppression de la fonction thyroïdienne et myxœdème consécutif.

Les causes du myxœdème de l'enfant résident souvent dans certains antécédents héréditaires et personnels. L'*alcoolisme*, la *tuberculose* des parents, et surtout de la mère pendant la grossesse, prédisposent le fœtus aux altérations et à l'atrophie de la glande thyroïde. Les maladies infectieuses acquises par l'enfant lui-même peuvent également retentir sur la structure de cet organe, y déterminer, comme chez l'adulte, des inflammations aboutissant plus ou moins rapidement à l'atrophie. Les thyroïdites infectieuses ont été signalées par divers observateurs : tantôt il s'agissait de pneumocoques, tantôt de streptocoques ou de bacilles d'Eberth, comme dans le cas de Panas et Reclus. L'érysipèle, le rhumatisme articulaire aigu, la pneumonie, la rougeole, la coqueluche peuvent donner lieu à des thyroïdites secondaires.

Signalons aussi les causes *traumatiques* de toute sorte qui peuvent porter sur la région antérieure du cou de l'enfant et atteindre sa glande thyroïde.

Il est inutile d'insister sur les causes du myxœdème opératoire ; remarquons seulement que pour déterminer le myxœdème, c'est-à-dire pour supprimer la fonction thyroïdienne, il faut que le traumatisme chirurgical fasse disparaître, non seulement la glande toute entière, mais encore les glandes accessoires. En cas d'ablation partielle, la fonction peut continuer à se faire et le myxœdème peut ne pas se produire ; il est vrai de dire que dans certains cas, ce dernier s'est formé malgré l'ablation partielle ; c'est qu'alors le traumatisme a provoqué une thyroïdite générale avec ses conséquences habituelles.

Anatomie pathologique. — La lésion primordiale du myxœdème siège dans la glande thyroïde. Conjointement avec cette lésion étudiée par Ord, Virchow Stilling, Horsley, on peut trouver des altérations de structure dans les téguments, les séreuses, le système osseux, les organes génitaux.

Le *corps thyroïde* présente dans le myxœdème de l'adulte une thyroïdite à la fois interstitielle et parenchymateuse. Les parois des vésicules sont infiltrées et il existe de la prolifération de l'épithélium. Tout autour des acini le tissu fibreux a pris un développement exagéré ; les artérioles s'oblitèrent par suite d'une endartérite ; les acini étouffés par le tissu scléreux environnant disparaissent, s'atrophient.

Dans le myxœdème de l'enfant les mêmes lésions s'observent : il y a de l'endartérite oblitérante avec des lamelles de tissu conjonctif qui remplacent l'élément noble de la glande. Que la thyroïdite débute par l'endartère ou par le tissu conjonctif interstitiel, le résultat est la sclérose de la glande.

L'absence totale du corps thyroïde dans le myxœdème de l'enfant est plutôt très rare ; il y a toujours une masse de tissu fibreux seul ou fibreux et adipeux qui le remplace.

La lésion des *téguments* se caractérise dans le myxœdème par la prolifération du tissu conjonctif dont le développement exagéré s'accompagne d'une

atrophie des glandes sébacées et sudoripares ainsi que des follicules pileux. On observe quelquefois, en outre, un certain degré de lipomatose sous-cutanée par augmentation de la couche adipeuse sous-cutanée. L'épaississement de l'endartère des vaisseaux tégumentaires peut permettre de constater dans certains cas une véritable endartérite oblitérante.

Du côté des *séreuses*, la plèvre, le péricarde, le péritoine offrent parfois des exsudats.

Le *système osseux* est particulièrement lésé dans le myxœdème des petits enfants. Généralement, le noyau épiphysaire ne s'ossifie que très tard et reste longtemps à l'état gélatineux; aussi les os longs offrent-ils des incurvations plus ou moins prononcées.

Le *système nerveux* a été exploré sans grands résultats, jusqu'à présent du moins. Les uns comme Rogowitsch, Hadden trouvent des altérations, peu caractéristiques d'ailleurs, dans le cerveau, la moelle, le grand sympathique; d'autres se fondant sur les recherches de Hofmeister et de de Quervain déclarent qu'il n'existe, en fait de lésions centrales, rien de pathognomonique. Le système nerveux périphérique n'offre également rien de particulier au point de vue anatomo-pathologique.

Stilling, Rogowitsch, Hofmeister et d'autres ont trouvé chez certains myxœdémateux une hypertrophie de la *glande pituitaire*. Chez d'autres, la persistance du thymus a été constatée. La *rate* n'est généralement pas hypertrophiée.

Le *sang* des myxœdémateux présenterait, d'après Lebreton, un certain degré de leucocytose avec insuffisance d'hémoglobine.

Du côté des *reins* on a signalé des lésions de néphrite chronique avec vacuolisation du protoplasma de l'épithélium des tubes contournés.

Le ventricule gauche du *cœur* est quelquefois légèrement hypertrophié.

Enfin, dans le myxœdème des enfants, les *testicules* et les *ovaires* sont généralement atrophiés.

Diagnostic. — Il n'offre généralement aucune difficulté pour les trois variétés de myxœdème que nous avons décrites.

La confusion du myxœdème avec l'*anasarque* n'est guère possible : dans l'un, la peau est élastique et dure, dans l'autre, l'œdème est mou et dépressible sous la dépendance d'une affection rénale ou cardiaque qui l'a fait naître. Il peut arriver qu'au cours ou à la fin d'un myxœdème se déclare une néphrite, mais alors l'évolution même du trouble morbide montrera qu'on est en présence d'un mal de Bright secondaire, surajouté.

Le nanisme du myxœdème permet de le distinguer à vue d'œil de la *lipomatose* généralisée, de l'*éléphantiasis* des Arabes, de l'*acromégalie*.

Les formes frustes du myxœdème dans lesquelles les signes principaux de ce syndrome sont peu accusés et où il s'en ajoute d'autres liés aux troubles de la ménopause, par exemple, seront reconnues d'après la tendance au nanisme et l'existence de l'infiltration des téguments.

Le cas plus embarrassant est celui où l'on se trouve en présence des

symptômes principaux du myxœdème auxquels viennent se joindre un corps thyroïde hypertrophié et quelquefois l'exophtalmie, en un mot, le cas où il semble qu'il existe une association de deux affections totalement différentes : le myxœdème et la *maladie de Basedow*.

Tout ce que nous avons dit précédemment sur la pathogénie du myxœdème montre que ce syndrome est dû à l'absence de la fonction thyroïdienne, à une sorte d'hypothyroïdation de l'organisme.

Or, sous l'influence d'un traitement intensif par le suc thyroïdien, on peut provoquer chez le myxœdémateux des palpitations, du tremblement, de l'exophtalmie, c'est-à-dire des manifestations de la maladie de Basedow.

D'un autre côté, le goitre exophtalmique est une affection liée aussi à un mauvais fonctionnement de la glande thyroïde, mais en sens inverse : il y a exagération dans le fonctionnement de cette glande ; il y a, d'après Pierre Marie, hyperthyroïdation. Seulement, il peut arriver que le corps thyroïde, usé à la tâche dans la maladie de Basedow, devienne à un moment donné, impropre à la fonction ; de sorte que l'organisme passe de l'état d'hyperthyroïdation à l'état d'hypothyroïdation ; dans ce dernier cas, on aura le goitre plus ou moins scléreux de l'ancienne maladie de Basedow, de l'exophtalmie même et de plus, l'infiltration des téguments, l'état mental et tous les autres signes du myxœdème.

Pronostic. — Il a complètement changé depuis l'application de l'opothérapie thyroïdienne ; autant, auparavant, les symptômes allaient en s'aggravant, autant maintenant, avec cette médication organique, ils s'atténuent progressivement et finissent par disparaître.

Traitement. — La *prophylaxie* du myxœdème acquis par l'adulte ou par l'enfant est liée à celle des maladies infectieuses.

Pour éviter le myxœdème à la suite des interventions chirurgicales sur le corps thyroïde, il faut préférer l'énucléation à l'extirpation totale ; si cependant cette dernière opération était jugée indispensable, il faudrait la faire suivre de l'opothérapie thyroïdienne.

Contre le myxœdème constitué, le traitement unique consiste à donner au malade, sous une forme quelconque, le principe actif du corps thyroïde. Cette *thyroïdothérapie* du myxœdème résulte de toutes les expériences que nous avons exposées plus haut.

La glande thyroïde peut être introduite dans l'organisme par plusieurs voies.

1. La méthode des *greffes* s'inspire des expériences de Schiff qui, pour contre-balancer les effets de la thyroïdectomie, introduisait sous la peau de l'abdomen ou du sein de l'animal ou dans sa cavité péritonéale une glande thyroïde d'une espèce analogue. Un certain nombre de cliniciens employèrent ce procédé chez l'homme : en 1884, Kocher, plus tard Bircher, Lannelongue. La méthode n'est malheureusement pas très pratique : au bout d'un temps très court, la glande greffée est résorbée, et tout est à recommencer.

2. La *voie hypodermique* a été employée par Murray, en 1891 ; il se servait d'un corps thyroïde préparé à base de glycérine. La méthode a donné de bons

résultats confirmés par des observations cliniques nombreuses de Fenwick, Mendel, Bouchard, et aussi par les expériences de Pisentiel, Vassale, Gley. Seulement, la préparation de l'extrait est entourée d'assez grandes difficultés : d'une part la chaleur et les agents antiseptiques attaquent et font disparaître le principe actif du corps thyroïde ; d'autre part, sans cette stérilisation, le liquide organique subit rapidement la fermentation et devient dangereux par ses propriétés septiques. Le reproche s'adresse non seulement à l'extrait glycériné de Murray, mais aussi aux extraits alcooliques ou aqueux.

3. Enfin, on s'est adressé à la *voie digestive*, sous forme de lavements, comme l'a proposé Herzen, ou sous celle d'ingestion buccale, d'après le procédé de Howitz.

Les lavements d'extrait aqueux ou glycériné du corps thyroïde sont particulièrement utiles dans le myxœdème des enfants et surtout dans l'idiotie myxœdémateuse où la déglutition est si difficile.

Par la bouche, on peut administrer la glande fraîche ou la glande desséchée réduite en poudre. On utilise dans ce but le corps thyroïde du bœuf, du mouton, du veau, du porc. Howitz, de Copenhague, a proposé l'emploi de pâtés de thyroïde hachée ; d'autres mêlent la glande fraîche avec du chocolat, du potage, du bouillon, du lait. L'essentiel est que la glande soit fraîche, et pas cuite, car la cuisson la prive de ses propriétés actives.

Il faut encore s'assurer par un examen histologique que le produit livré par le boucher, sous le nom commercial de « glande du cornet », est bien du corps thyroïde.

L'administration de la glande fraîche a été expérimentée avec succès par Pierre Marie, par Brissaud et Souques et beaucoup d'autres... La dose habituelle est de 3 à 5 grammes par jour.

Une préparation paraissant jouir d'une grande efficacité est la glande thyroïde sèche. Le corps thyroïde est séché dans le vide, à température basse. Il est ensuite réduit en poudre, mêlé avec du sucre de lait. Le mélange sert à préparer des pastilles à doses variables : dix, quinze, vingt centigrammes.

Cette préparation offre cependant des inconvénients graves à cause de la fermentation rapide et des accidents septiques qui peuvent en résulter.

Que la glande soit fraîche ou desséchée, il est utile de la débarrasser préalablement de tout le tissu adipeux qu'elle renferme : on diminue ainsi la mauvaise odeur de la préparation, et on rend moins rapide la putréfaction.

Quel que soit le procédé adopté, la règle invariable est de l'appliquer avec une extrême prudence, en tâtant le terrain, et en augmentant les doses avec une sage lenteur.

Nous avons déjà fait remarquer que chez les idiots myxœdémateux, il est préférable de recourir au procédé des lavements. On prend alors 2 à 3 grammes de glande thyroïde fraîchement enlevée du mouton, on les hache finement et on les mêle aussi intimement que possible avec une petite quantité d'eau tiède, 50 à 60 grammes, par exemple. Si l'enfant s'alimente facilement, on peut lui donner la même quantité de glande thyroïde fraîche en tartine ou dans son potage. L'enfant sera surveillé de très près, et, pour éviter

que le principe thyroïdien s'accumule dans son organisme, on pourra lui administrer le remède à plusieurs jours d'intervalle.

Avec les poudres de glandes thyroïdes desséchées, les précautions à prendre sont encore plus grandes. Il est préférable de commencer par des pastilles ne contenant que 10 centigrammes de substance thyroïde, d'en donner d'abord une par jour, de surveiller les effets du remède, de n'augmenter que lentement la dose et de laisser aussi des intervalles libres, selon les phénomènes observés.



Fig. 203. — Myxœdème amélioré par le traitement thyroïdien.

Ce n'est que lorsque le traitement est suivi avec prudence que l'on assiste à une transformation remarquablement heureuse du myxœdémateux : il se réveille, sort de sa torpeur intellectuelle ; ses différentes fonctions, la circulation, la sécrétion urinaire, la digestion gastro-intestinale, deviennent plus actives ; sa peau se débarrasse peu à peu de son faux œdème ; les glandes sudoripares et sébacées reprennent leurs fonctions ; la taille, enfin, qui restait invariablement petite, augmente d'une façon très régulière et très sensible (fig. 203).

Au contraire, va-t-on trop vite en besogne, donne-t-on au myxœdémateux des quantités trop fortes de glande thyroïde, on le voit perdre complètement l'appétit et le sommeil ; il devient agité ; sa température s'élève, il a des palpitations. Si l'on n'y prend pas garde, on court au-devant d'accidents très graves : le myxœdémateux a des syncopes, des accès d'angine de poitrine, de l'albuminurie, de la glycosurie.

La littérature médicale renferme un certain nombre de faits relatifs à la mort des myxœdémateux soumis à une médication thyroïdienne trop active.

Il n'est donc pas superflu de répéter que le traitement doit être surveillé à tous les instants, que le pouls et la température doivent être consultés souvent et chaque fois qu'on désire continuer à administrer la même dose de substance thyroïde ou l'augmenter. Ces précautions sont d'autant plus nécessaires que le traitement est à longue échéance, se prolonge même ordinairement pendant des années.

II

CRÉTINISME

Historique. Nosologie. — Les auteurs d'il y a vingt ans considéraient encore le crétinisme comme une entité morbide caractérisée par deux symptômes : le goitre et l'idiotie. Les travaux de Saint-Lager (1867) et de Baillarger

(1873) servaient de base à toutes les descriptions du crétinisme. Avec le travail de Kocher [1], il semble qu'il faille envisager le problème différemment et ajoutons aussi plus simplement. Le goitre du crétinisme indique un état pathologique du corps thyroïde qui, modifié, altéré dans sa structure, devient incapable de remplir sa fonction antitoxique et tropho-névrotique. Entre le crétinisme et le myxœdème, il y a donc une parenté pathogénique incontestable, malgré ce fait purement apparent que dans le premier, il y a atrophie du corps thyroïde, et dans le second, goitre. Ce qui forme le trait d'union pathogénique entre les deux, c'est le fonctionnement insuffisant ou nul de la glande thyroïde. Pour nous, les deux appartiennent à une même famille nosologique, et les troubles psychiques observés dans ces deux affections résultent de l'absence ou de l'insuffisance de la fonction thyroïdienne. Seules les conditions étiologiques diffèrent, et à ce point de vue, elles sont telles qu'elles font du crétinisme une variété de myxœdème qu'on pourrait appeler avec Kocher, Combe et d'autres, le myxœdème endémique. Il y a des *crétins myxœdémateux*, et la figure 208 en est un exemple.

Symptomatologie. — La *symptomatologie* du crétinisme rappelle par plus d'un trait le tableau clinique du myxœdème.





Fig. 204 et 205. — Types de crétins (Asile de Clermont).

Le début est rarement congénital, et d'après les observations de Maffei, de Trombotto, il a plutôt lieu vers quatre, cinq mois, un an, deux ans, même plus tard.

Rappelons-nous que le myxœdème des enfants survient généralement vers

[1] Kocher. Zur Verhutung des Kretinismus. Berne, 1893.

la même époque. Ce début s'annonce par un changement d'aspect du facies et du corps tout entier. La peau de la face s'infiltre, les paupières se gonflent et rétrécissent les fentes palpébrales, les lèvres sont enflées et cyanotiques, la racine du nez est enfoncée pendant que le nez lui-même est large et relevé. Les yeux sont trop écartés, quelquefois strabiques. Le regard est sans aucune expression. Les oreilles sont énormes et écartées. Dans l'ensemble, la figure large, aplatie, stupide, rappelle le facies de l'idiot myxœdémateux.



Fig. 206. — Type de crétine (Asile de Clermont).

La conformation du crâne est souvent très irrégulière. Il est rétréci en haut et large en bas. L'occipital semble aller à la rencontre du frontal. La tête est grosse, énorme par rapport au reste du corps. Elle ballotte de tous les côtés sur un cou qui est généralement large et court, muni d'un goitre. Le tronc est étroit et aplati, tandis que l'abdomen est proéminent. La colonne vertébrale est déviée, les extrémités, plus courtes que normalement, incurvées, sont déformées en outre par une infiltration plus ou moins accusée des téguments. Cette infiltration existe d'ailleurs sur toute la surface du corps du crétin : sur le front, les joues, le ventre, les fesses, la peau est pâle, d'un blanc grisâtre comme de la craie, d'une consistance molle et flasque ; de plus, elle est sèche, couverte souvent de pigmentations ; aux extrémités, elle est froide et cyano-

sée. Les crétins ont les cheveux raides et secs comme les idiots myxœdémateux. Leur corps est également dépourvu de poils et leurs ongles sont déformés.

Les muqueuses de la bouche, de la langue, du pharynx et du larynx sont gonflées, tuméfiées. Les organes génitaux, les seins, sont atrophiés. La dentition est défectueuse ; la carie des dents est chez eux habituelle.



Fig. 207. — Type de crétine (Asile de Clermont).

La température du corps est souvent au-dessous de la normale. Ils se plaignent d'ailleurs d'avoir continuellement froid. Le pouls est lent.

Leur corps thyroïde présente un goitre plus ou moins volumineux (fig. 204, 205, 206 et 207).

La taille est particulièrement petite et rappelle le nanisme des myxœdémateux.

Tous les sens sont obtus : les crétins sont souvent sourds, voient mal, perçoivent à peine les odeurs.

Intellectuellement, ils peuvent présenter des degrés d'insuffisance plus ou moins accentuée qu'on distingue cliniquement par ces trois termes : crétins, semi-crétins et crétinoïdes ou crétineux.

Le *crétin* ressemble à l'idiot myxœdémateux : il est dans un état d'apathie physique et intellectuelle complète ; indifférent à tout, il reste immobile et somnolent ; sa vie, purement végétative, se limite à deux actes : respirer et digérer ; pas un son articulé ; seulement, par moments, des cris stridents de contentement ou de colère selon qu'on lui a donné ou non sa nourriture.

Le *semi-crétin* est moins immobile, mais il marche tard et péniblement. Il est capable de percevoir quelques sensations, d'apprendre quelques mots qu'il prononcera avec une voix singulièrement stridente. Il est susceptible d'être dressé à quelques actes très simples.

Le *crétineux* ou *crétinoïde* est supérieur aux deux précédents ; c'est simplement un sujet dont le développement intellectuel a subi un grand retard ; il se rapproche de l'imbécile, sauf que son caractère est plus souvent doux que méchant.

L'*évolution* du crétinisme est remarquable par la cachexie progressive qui fait disparaître assez jeunes les sujets qui en sont atteints. Ils meurent d'une

affection aiguë intercurrente et souvent, vers la fin de leur existence, présentent des accidents épileptiformes.

Étiologie. Pathogénie. — Le crétinisme s'observe d'une façon endémique ou sporadique. Il peut être congénital ou acquis.

Il se déclare le plus souvent au cours de la première année de l'existence, rarement après l'âge de deux ans ; il est un peu plus fréquent chez les filles, d'après une statistique de Baillarger : 5919 contre 5771. L'influence de l'hérédité se réduit à ce fait que les parents crétineux peuvent donner le jour à des enfants atteints de la même infirmité, surtout si les conditions locales s'y prêtent.

Ces conditions locales sont surtout relatives à la situation géographique, à l'habitation, à l'alimentation.

Les régions montagneuses de la France, de la Suisse, de l'Italie, de la Russie (Caucase) renferment des villages situés dans des vallées plus ou moins profondes ; l'humidité et le manque de soleil résultent naturellement de ce fait que ces villages sont entourés de toute part par des montagnes couvertes de grands arbres.



Fig. 208. — Crétin myxœdémateux (collection de G. Ballet).

Ces régions très pauvres n'ont que des constructions qui protégent mal leurs habitants contre le froid des grands hivers et contre l'humidité. Les maisonnettes sont d'ailleurs entassées les unes près les autres ; les bêtes et les hommes vivent dans une promiscuité déplorable ; la saleté règne partout ; les ruelles et les cours sont remplies de fumier et d'ordures ; l'atmosphère est en tout temps infectieuse. Pour lutter contre des pareilles conditions d'exposition et d'habitation il faudrait au moins une alimentation particulièrement fraîche et abondante, une eau pure et saine. Or, la nourriture est grossière, insuffisante, et l'eau de certaines sources, provenant de la fonte des neiges, est bourbeuse et terreuse. L'influence de l'eau est considérée par beaucoup d'auteurs comme prédominante dans l'étiologie du crétinisme. On cite tel village dont la source donne le crétinisme ; à partir du moment où l'eau de pluie est substituée à l'eau de cette source, le crétinisme disparaît. L'analyse des eaux des sources crétinogènes montre qu'elles manquent totalement d'iode et qu'elles renferment des sulfates de magnésie et de chaux, du sulfure de fer.

Il est probable que les causes du crétinisme ne tiennent pas exclusivement à l'eau, mais à l'ensemble des conditions anti-hygiéniques que nous avons expo-

sées et qui créent une véritable atmosphère infectieuse : la glande thyroïde est infectée, d'où goitre, d'où altération profonde dans la structure de cette glande, d'où aussi, diminution de sa fonction. La pathogénie du crétinisme nous semble donc résider comme pour le myxœdème dans une insuffisance de la fonction thyroïdienne.

Anatomie pathologique. — Les recherches de Curling, de Kocher ont démontré qu'il existe des cas de crétinisme sans corps thyroïde, remplacé simplement par une masse de tissu conjonctif. Dans la grande majorité des cas, la glande thyroïde présente une dégénérescence spéciale connue sous le nom de *goitre colloïde* : les vésicules de la glande peuvent prendre le volume d'une noisette ; elles renferment un liquide de consistance variable, généralement colloïde ; on retrouve ici beaucoup de caractères des kystes multiloculaires de l'ovaire.

Les os de la voûte du *crâne* présentent souvent une épaisseur inaccoutumée et le trou occipal est souvent rétréci, ainsi que les trous carotidien, ovale, sphéno-épineux, auditif interne et déchiré postérieur. La base du crâne est très aplatie. Pour Virchow, la lésion caractéristique du crâne des crétins est l'ossification prématurée de la suture sphéno-basilaire ou la synostose tribasilaire. Ce fait serait en contradiction avec les résultats de nombreuses autopsies de crétins montrant la persistance des fontanelles, la mollesse ou le peu de consistance des sutures ; ce qui prouvera évidemment que l'ossification des sutures craniennes est retardée chez les sujets atteints de crétinisme.

Parmi les *méninges*, la dure mère se fait remarquer par son épaisseur, sa résistance et ses adhérences particulièrement fortes à la paroi cranienne.

Le volume du *cerveau* est inférieur à la normale ; les circonvolutions sont peu développées. Les corps striés, les couches optiques, les pédoncules cérébraux sont petits. Ce développement insuffisant est remarquable aussi au niveau du cervelet et du bulbe.

Les *os* des membres sont renflés aux extrémités et amincis dans leur longueur. Les *muscles* sont pâles, infiltrés ainsi que le *tissu conjonctif sous-cutané*. Les *cordes vocales* sont œdématiées. Le *péritoine* contient de la sérosité, et les *ganglions mésentériques* sont infiltrés. Les *mamelles* et les *organes génitaux* sont atrophiés.

Diagnostic. — Dans l'immense majorité des cas, le diagnostic du crétinisme s'impose. La confusion avec l'idiotie n'est guère possible : la tête du crétin est grosse, large, raccourcie d'avant en arrière ; sa face aussi est large, avec la racine du nez enfoncée, les yeux écartés, la langue épaisse, la peau infiltrée d'une teinte jaune sale, ridée ; le goître, enfin ; tous ces signes extérieurs le font reconnaître à distance. Les troubles psychiques ne sont pas non plus de la même nature : le crétin est surtout dans un état de torpeur, d'engourdissement, de stupeur, tandis que l'idiot offre avant tout l'absence ou l'arrêt de développement de telle ou telle faculté. Dans le crétinisme, l'organisme tout entier est envahi par un trouble général de la nutrition ; dans l'idiotie, c'est avant

tout le cerveau qui est arrêté dans son développement. Enfin, l'idiotie est vraiment une affection congénitale, tandis que le crétinisme n'apparaît qu'après la naissance, dans le cours de la première année de la vie : généralement, *on devient crétin tandis qu'on naît idiot.*

Le diagnostic est plus difficile lorsqu'il s'agit de distinguer le semi-crétin ou le crétineux de l'imbécile. Les signes tirés de l'état des téguments et des muqueuses, de la conformation du corps thyroïde, permettront de fixer le diagnostic.

Le *pronostic* du crétinisme est grave, et cela en raison directe de sa durée : les troubles de la nutrition générale et de l'intelligence vont en s'aggravant; la cachexie devient incurable et le malade meurt d'une affection aiguë intercurrente quelconque.

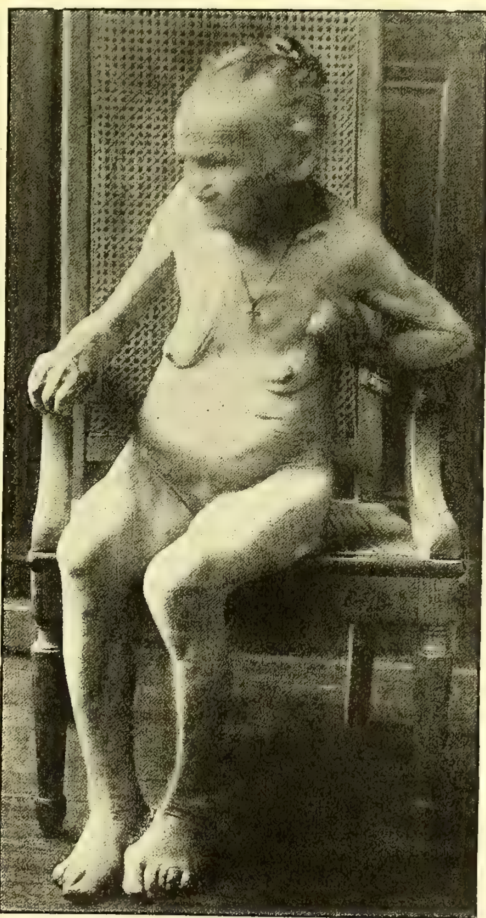


Fig. 209. — Crétine avec myxœdème. Amélioration générale et diminution du goitre sous l'influence du traitement thyroïdien (Collection Roubinovtich).

Prophylaxie et traitement. — Les causes du crétinisme que nous avons exposées plus haut, montrent qu'il est possible de prévenir l'éclosion de la maladie, en améliorant les conditions d'habitation et d'alimentation des habitants des pays montagneux. Pour faire disparaître l'humidité du sol et l'insalubrité de l'air et des habitations, il faut dessécher les marais, mettre en culture les terres abandonnées par les eaux, endiguer les torrents, construire des habitations exposées au soleil et en contre-haut du sol, établir des fumiers, des fosses à purin, améliorer le régime alimentaire, engager les femmes enceintes à à quitter les villages infestés, donner enfin, aux populations de ces villages, une eau saine dérivée d'une source salubre ou provenant des eaux pluviales recueillies dans des citernes.

Dès le début du crétinisme déclaré, l'indication principale est d'instituer le traitement rationnel par la glande thyroïde en mettant le sujet dans les conditions d'alimentation et d'air sains (fig. 209).

Au point de vue psychique, le *dressage* des crétins ne diffère pas beaucoup de celui des idiots. Il est à remarquer d'ailleurs, qu'ils sont plus faciles, plus malléables que ces derniers.

La *médecine légale* des crétins se confond également avec celle des idiots. Comme ces derniers, ils sont irresponsables. Les semi-crétins et les crétineux se rendent souvent coupables de vol, de tentative de viol. La capacité civile des crétineux peut être discutée, mais il est évident qu'il est impossible d'établir à cet égard une règle quelconque, chaque cas nécessitant un examen particulier.

Bibliographie. — Myxoedème. Crétinisme. — Stoeltzner, Ergebnisse bei Schilddrüsenbehandlung der myxodematosen Idiotie. (Discussion). *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1900, XXXVII, p. 1161. — Ewald, *Id.*, 1161-1162-1163-1164, 1 fig. — Heubner, *Id.*, 1162-1163. — Neumann (M.), *Id.*, 1164. — Dubois-Havenith, Myxœdème. *Presse Méd. Belge.* Brux., 1900, LII, p. 737-738. — Ewald, Vorstellung eines Falles von Myxœdem fruste. *Berl. Klin. Wochnschr.*, 1900, XXXVII, p. 1242-1243. — Pope a Clarke, Cases of acromegaly and infantile myxœdema occuring respectively in father and danghter. *Brit. M. J.*, Lond., 1900, II, p. 1563-1564, avec 4 fig. — Schütze, Die Hydrotherapie des Myxœdems. *Veröffentl. d. Hufelan. d. Gesellsch. in Berl.*, 1900, XXI, p. 260-261. — Cohn (M.), Diagnose und Therapie des infantilen Myxoedems. *Deutsche med. Presse*, Berl., 1901, V, 13-14. — Pilcz (A.), Zur Frage des myxödematösen Irreseins und der Schilddrüsentherapie bie Psychosen überhaupt. *Jahrb.* f. *Psych. u. Neurol.*, Leipz. u. Wien, 1901, XX, 77-101. — Ewald, *Die Erkrankungen der Schildrüse Myxödem und Cretinismus*, 1896. — Kraepelin, *Psychiatrie Lehrbuch*, 1896, p. 415. — Baillarger et Krishaber, Crétin, crétinisme et goitre endémique in *Dict. encyclopédique des Sciences médicales*, 1879 (nombreuses indications bibliographiques). — Bircher, *Volkmanns Nlinische Vorträge*, Nr. 357. — Von Jauregg (W.), Ueber den Cretinismus. *Monatsch. f. Gsudhtspfl.*, Wien, 1898, XVI, p. 57-68. — Koplik (H.), The ultimate results of thyroid treatment in sporadic cretinism. *Med. Rec.*, N. Y., 1898, LIII, p. 493. — Benda (C.), Demonstration mikroskopischer Präparate von Cretinhypophysen. *Berl. Klin. Wochnschr.*, 1901, XXXVIII, p. 82-83.

CHAPITRE II

TROUBLES MENTAUX PAR HYPERFONCTIONNEMENT DU CORPS THYROIDE — GOITRE EXOPHTALMIQUE

Par A. DUTIL

On s'accorde généralement aujourd'hui pour admettre que le goitre exophtalmique est, au moins secondairement, sous la dependance d'un trouble de la fonction thyroïdienne. A la vérité les opinions diffèrent sur la nature de ce trouble. Pour les uns il s'agit d'un hyperfonctionnement de la glande (Moebius, G. Ballet et Enriquez), pour d'autres d'une altération mal déterminée de la fonction, d'une sorte de dysthyroïdation (Gauthier, Renault, Joffroy). Quoi qu'il en soit il est assez légitime de rapprocher du myxœdème dû à l'hypofonctionnement de la glande le goitre exophtalmique qui est rattachable très vraisemblablement à une hyper ou à une dysthyroïdation.

Les troubles mentaux qui peuvent apparaître dans le cours de la maladie de Basedow sont très variés. Bénins ou graves ils constituent des syndromes psychiques tantôt éphémères, tantôt durables. Il en est qui semblent être sous la dépendance directe du goitre exophtalmique ; d'autres paraissent n'avoir avec cette affection que des rapports plus ou moins éloignés et partant discutables. Aussi ont-ils été diversement interprétés. Mais quelle que soit l'opinion qu'ils professent touchant la nature de ces troubles mentaux, tous les auteurs s'accordent à reconnaître leur extrême fréquence; si bien que l'on peut affirmer sans exagération qu'il n'y a pas de goitre exophtalmique sans troubles psychiques concomitants.

Les circonstances étiologiques qui marquent le début de cette affection sont elles-mêmes très souvent d'ordre moral. Le goitre exopthalmique, en effet, a fréquemment pour point de départ, pour *primum movens*, une émotion vive ; et l'on n'a pas manqué de remarquer la très grande analogie des symptômes cardinaux de cette affection et des phénomènes physiologiques par lesquels se traduit normalement l'émotion[1] : tremblement, palpitations, polyurie, troubles vaso-moteurs, sueurs, diarrhée, etc., toute cette pléiade symptomatique peut apparaître, en effet, plus ou moins accentuée, plus ou moins complète sous l'influence d'une émotion violente chez n'importe quel individu. Fugitifs chez la plupart des sujets, ces troubles émotifs restent persistants, exagérés chez les goitreux exophtalmiques. Nous n'avons pas à dis-

[1] Peter. *Le goitre exophtalmique, Bulletin médical,* 23 avril 1890.

cuter ici la part de vérité que contient ce rapprochement et jusqu'à quel point il est légitime ; mais il repose sur un fait réel et que nous devons retenir : la très grande émotivité des sujets atteints de goitre exophtalmique, et c'est précisément cette émotivité excessive qui constitue le fonds de l'état mental habituel à cette catégorie de malades.

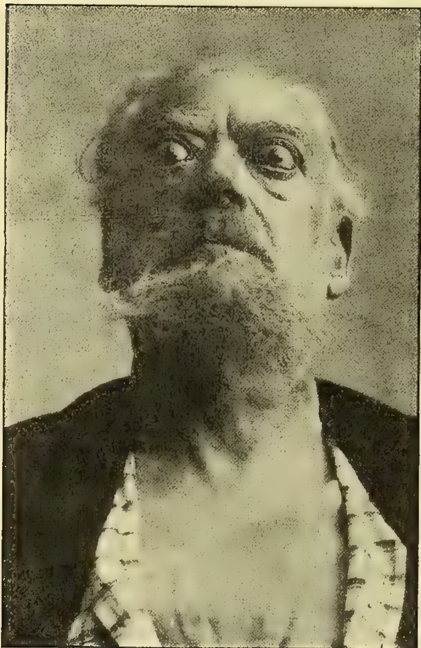


Fig. 210. — Goitre exophtalmique.

Mais, sur ce fonds émotionnel peuvent se greffer soit des troubles psychiques légers, soit des délires, des états vésaniques. Nous aurons donc à envisager successivement les modifications du caractère, l'état mental habituel des basedowiens, puis les accidents mentaux graves qui viennent parfois traverser l'évolution du goitre exophtalmique. Cela fait, nous aurons à résumer les discussions qui ont eu pour objet la nature, la pathogénie de ces désordres graves, leur association fortuite ou leur parenté étroite avec la maladie de Basedow.

1° État mental dans le goitre exophtalmique.

Dans sa description du goitre exophtalmique Basedow (1840), notait déjà les changements que cette affection détermine dans le caractère des malades et notamment leur irritabilité, l'état d'excitation qui leur est habituel. et il remarquait que ces sujets, avec leurs allures brusques, leur physionomie étrange, sont souvent regardés comme des fous par les gens du monde.

Depuis lors tous les auteurs ont insisté sur les altérations du caractère présentées par ces sujets.

Ils sont en effet fantasques, d'humeur inégale et d'une irritabilité très grande ; aussi sont-ils pour leur entourage d'un commerce peu agréable. Leur émotivité extrême s'exalte pour les motifs les plus futiles et se traduit par des manifestations exagérées, des cris, des pleurs, de l'agitation, ou bien au contraire de la maussaderie, de la morosité. Leur instabilité d'humeur les entraîne, dans l'ordre affectif, à des allures contradictoires ; on les voit en peu de temps obéir tour à tour à des sentiments contraires ; tantôt ils se livrent à des élans de bonté irraisonnée ; tantôt ils lassent par leur ingratitude l'ami le plus dévoué [1].

[1] Trousseau. *Leç. cliniques.*

A côté de ces altérations de l'affectivité on peut observer certains troubles purement psychiques sur lesquels maints auteurs[1], ont particulièrement insisté. Ces troubles sont d'ordre psychasthénique. C'est une *impossibilité absolue de fixer l'attention*, une *diminution notable de la volonté;* le moindre effort intellectuel fatigue ces malades ; ils sont incapables de poursuivre un travail quelconque, une lecture tant soit peu prolongée ; leur intelligence se fatigue vite. Il ne semble pas cependant que la mémoire subisse chez ces sujets une atteinte sérieuse.

En résumé, l'habitus mental du basedowien peut être caractérisé d'une façon générale par ces termes : émotivité extrême, irritabilité, instabilité mentale. Ces troubles nous paraissent constituer dans l'ordre psychique de véritables stigmates de la maladie ; ils ne font pour ainsi dire jamais défaut et mériteraient presque de prendre place à côté des symptômes cardinaux du goitre exophtalmique.

2° Syndromes psychiques épisodiques et délires dans la maladie de Basedow.

Plus rares sans doute sont les troubles mentaux que nous devons décrire maintenant ; mais ils présentent un intérêt de premier ordre au double point de vue clinique et doctrinal.

Avant d'en venir aux délires plus ou moins systématisés qui peuvent surgir dans le cours de la maladie de Basedow il convient de mentionner tout d'abord quelques syndromes épisodiques moins complexes, élémentaires, et qui peuvent se montrer isolés ou bien servir de préface, quelquefois même d'amorce aux accès délirants; ils marquent ainsi une transition naturelle entre les deux ordres de troubles psychiques (symptômes permanents et accidents graves) que l'on observe chez les basedowiens. Ces syndromes épisodiques sont représentés par des obsessions, des impulsions, des hallucinations.

a. Les *obsessions, impulsions et phobies* que l'on observe quelquefois chez les sujets atteints de goitre exophtalmique revêtent les formes les plus variées. Elles diffèrent, en effet, non seulement d'un malade à un autre, mais encore elles varient chez un même individu. Elles ont peu de fixité, car un phénomène quelconque, qu'il soit d'ordre affectif ou d'ordre intellectuel, peut servir de point de départ à une obsession nouvelle. Une malade présenta successivement et dans un laps de temps relativement court, de l'arithmomanie, des impulsions à se déshabiller, à acheter, à frapper ; puis apparurent des terreurs morbides, de la claustrophobie. Chez une autre malade ce sont les craintes obsédantes qui dominent : elle a peur des couteaux, des verres, de la mer, des montagnes, du vide, de la mort[2]. Il suffit, en somme, qu'une idée quelconque, indifférente ou étrange se présente à l'esprit du sujet

[1] Pillet-Touët. *Thèse de Paris*, 1893.

[2] Raymond et Sérieux. *Rev. de médecine*, 1892. *Goitre exopht. et dégénérescence mentale.*

pour qu'elle s'impose d'une façon tyrannique, malgré le peu d'intérêt qu'elle provoque ou en raison même de son étrangeté. Des faits analogues ont été rapportés par Boëtau [1] (arithmomanie, coprolalie), par Vigouroux (agoraphobie, etc.).

Dans la maladie de Basedow comme dans tous les états névropathiques, ces idées obsédantes sont parfaitement conscientes ; elles s'accompagnent d'une sensation pénible, plus ou moins angoissante et qui cesse (lorsqu'il s'agit d'une obsession impulsive) dès que l'acte est accompli. Ces syndromes épisodiques se retrouvent donc ici avec les mêmes caractères qu'ils présentent chez les malades de toute catégorie; le goitre exophtalmique ne leur imprime aucun cachet spécial. Enfin il importe de remarquer que ces troubles ont souvent précédé l'apparition de la maladie de Basedow et quelquefois même préexisté aux causes qui en ont déterminé le développement.

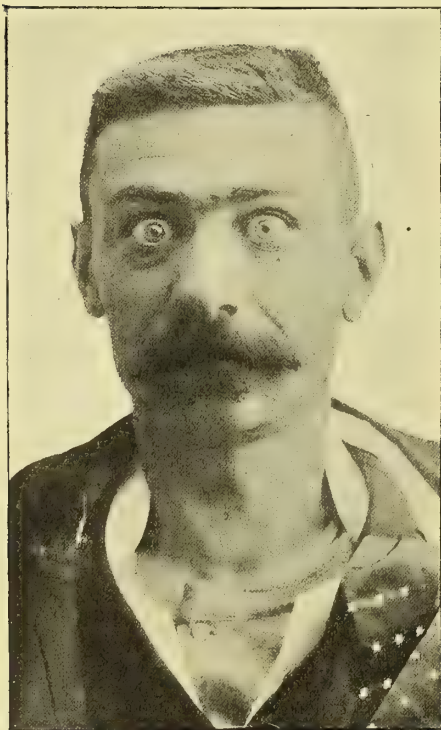


Fig. 211. — Goître exophtalmique.

b. *Hallucinations.* — Il s'agit le plus souvent d'hallucinations *visuelles* et *terrifiantes*. Parfois elles se montrent comme un trouble isolé, fugitif et qui se dissipe sans être suivi de désordres psychiques plus graves. Nous en avons observé un exemple très net. Mais il est exceptionnel. Le plus souvent les hallucinations qui se produisent dans le cours du goitre exophtalmique ne sont que la préface ou le point de départ d'un état de délire qui ne tarde pas à s'établir. Gilbert Ballet [2] a rapporté à cet égard une observation remarquable. Elle a trait à un malade chez lequel des hallucinations visuelles diverses, puis des hallucinations *auditives* servirent d'amorce à des idées de persécution, à un délire bien caractérisé. Il est à remarquer que ces hallucinations visuelles sont quelquefois précédées par des hallucinations *hypnagogiques* qui se transforment ultérieurement en hallucinations réelles. Il en fut ainsi dans le cas relaté par Gilbert Ballet. Joffroy a rapporté un fait analogue ; une hystérique sujette à des hallucinations effrayantes survenant

[1] Boëtau. *Thèse de Paris,* 1892.

[2] Gilbert Ballet. Des idées de persécution dans le goitre exophtalmique. *Soc. méd. des hôpit.,* 1890.

pendant le sommeil présenta ultérieurement des hallucinations à l'état de veille en même temps que se développait chez elle un goitre exophtalmique [1]. C'est en effet à l'hystérie associée à la maladie de Basedow qu'il convient de rattacher, du moins dans un bon nombre des cas, ces hallucinations visuelles. C'est là une donnée intéressante sur laquelle nous aurons à revenir quand nous envisagerons la pathogénie des troubles psychiques dans la maladie de Basedow.

Notons encore qu'Austin [2] a signalé l'existence, dans le cours du goitre exophtalmique, d'hallucinations *génitales*, qui devraient, au dire de cet auteur, être rattachées aux troubles menstruels (aménorrhée dysménorrhée) fréquents dans cette affection.



Fig. 212. — Goitre exophtalmique.

c. *Délires, états vésaniques dans la maladie de Basedow.* — L'apparition d'un délire, d'une psychose grave dans le cours de la maladie de Basedow n'est pas chose exceptionnelle. Dès 1893, Hirschl [3] avait réuni dans une importante monographie 43 cas de psychoses diverses survenues au cours de cette affection. Depuis cette époque, les observations se sont multipliées. Dans cette masse de faits déjà considérable toutes les formes de la folie ont été notées. Mais il en est deux qui ont été plus communément observées, ce sont :

1° Une forme *dépressive*, avec délire *hypochondriaque* ou *lypémaniaque*.

2° Une forme avec *excitation maniaque*.

Cette dernière forme est la plus fréquente. En effet, la plupart des observations de troubles psychiques graves dans le goitre exophtalmique ont trait à des accès d'agitation maniaque aiguë ou subaiguë (Macdonnal, Brück, Trousseau, M. Mackensie, Meynert, Robertson, etc.)

Les psychoses avec dépression sont plus rares. Notons ici que dans la forme hypochondriaque les manifestations délirantes peuvent avoir pour point de départ les troubles fonctionnels appartenant au goitre exophtalmique. Il en fut ainsi dans un cas rapporté par Devay [4] où l'on voit les palpitations angoissantes, paroxystiques et l'insomnie susciter des préoccupations obsédantes de nature hypochondriaque et qui en s'accentuant finirent

[1] Joffroy. Troubles psychiques et hallucinations dans le goitre exopht. *Soc. méd. des hôp.*, 1890.

[2] Austin. *Thèse de Lyon*, 1897.

[3] Hirschl. *Jahrbuscher f. Psych. Vienne*, 1893.

[4] Devay. *Lyon méd.*, 1897 et *Soc. des Sc. méd. de Lyon.*

par aboutir à un état lypémaniaque avec hallucinations. Dans quelques cas ces états mélancoliques ont donné lieu à des idées de suicide ou d'homicide (G. Ballet). On a pu observer encore un délire des grandeurs, un délire des persécutions (Ballet)[1].

Toutes ces formes peuvent du reste se succéder ou alterner chez le même malade à des intervalles plus ou moins éloignés. C'est ainsi qu'une malade observée par Raymond et Sérieux[2] présenta en un an trois accès délirants : un accès mélancolique, un accès d'excitation maniaque, un accès de délire ambitieux.

Nous avons déjà mentionné les hallucinations qui précèdent et quelquefois même suscitent les accès délirants. Si le rôle pathogénique de ces manifestations morbides peut être discuté, leur fréquence au cours des états de délire ne saurait être mise en doute. Parfois même elles occupent pour ainsi dire toute la scène et l'on assiste en pareil cas à un délire *purement hallucinatoire* (cas de Rendu)[3].

Tels sont les troubles psychiques qui peuvent s'associer au goitre exophtalmique. Ils offrent dans leur ensemble une grande diversité. Mais quel que soit leur polymorphisme, aucune des formes qu'ils peuvent revêtir ne présente, si on l'envisage séparément, aucun caractère spécial, aucune particularité clinique qui la distingue et la différencie nettement des états psychopatiques similaires qu'on observe en dehors de la maladie de Basedow. C'est là assurément une donnée importante, mais elle ne saurait suffire à elle seule pour résoudre la question qui naturellement se pose : ces troubles psychiques associés au goitre exophtalmique appartiennent-ils en propre à cette affection ou bien en sont-ils indépendants ? C'est moins en effet par l'examen analytique des symptômes que par l'étude de son évolution et du terrain sur lequel il se développe que l'on peut établir la nature et l'origine d'un syndrome mental quel qu'il soit. Cette loi générale trouve ici son application, Voyons donc comment se déroulent les troubles psychiques dont il s'agit : chez quelle catégorie de sujets apparaissent-ils plus particulièrement ? quelle influence peut avoir sur leur évolution propre celle des troubles somatiques et fonctionnels qui constituent le syndrome de Basedow, soit que ceux-ci aient suivi leur cours naturel, soit qu'ils aient été influencés par la thérapeutique mise en œuvre ?

Évolution des troubles psychiques dans la maladie de Basedow. — Si l'on envisage tout d'abord le *moment* de l'apparition des troubles psychiques, deux cas peuvent se produire : ou bien les malades avaient déjà présenté des modifications plus ou moins marquées de l'état mental avant d'offrir aucun symptôme de goitre exophtalmique ; et dans la suite, durant l'évolution de la maladie nouvelle, ces troubles ont persisté sous la même forme ou avec

[1] Gilbert-Ballet. *Loc. cit.*

[2] Raymond et Sérieux. *Loc. cit.*

[3] Rendu. *Dict. de Dechambre.* Art. *Goitre exopht.*

des modalités différentes; ou bien l'éclosion des manifestations psychiques a été postérieure à celle des premiers signes de la maladie de Basedow.

Il faut bien en convenir, si l'on soumet à une critique tant soit peu attentive les observations publiées jusqu'à ce jour, il en est peu que l'on puisse en connaissance de cause faire rentrer dans la seconde catégorie. Sans tenir compte des tares névropathiques d'ordre général, et à ne considérer que les troubles psychiques, il est certain que la plupart des malades ont présenté dès l'enfance ou l'adolescence des modifications notables du caractère, de l'intelligence, quelquefois des syndromes psychiques épisodiques ou même de véritables accès de délire. C'est là un fait qui apparaît clairement à la lecture des observations rapportées par Peter, par Boëtau, par Joffroy, par Raymond et Sérieux. Les observations relatées par Raymond et Sérieux offrent à ce point de vue un intérêt de premier ordre. Avant l'apparition du goitre exophtalmique un de leurs malades présenta durant de longues années, de l'émotivité, des craintes obsédantes (peur des couteaux, du verre... etc.), puis des obsessions hypochondriaques (arrêt du cœur, mort subite). Une malade de Vigouroux a présenté avant le développement de la maladie de Basedow des idées fixes, des impulsions, un accès mélancolique pour lequel elle fut internée. Nous pourrions multiplier les exemples de cet ordre.

Par contre, si l'on met à part les faits dans lesquels aucun renseignement précis, positif ou négatif, n'est donné sur l'état mental antérieur à l'apparition du syndrome de Basedow, on trouve peu d'observations probantes dans lesquelles le développement des troubles psychiques ait suivi l'éclosion des premiers signes du goître exophtalmique. Toutefois on ne peut nier qu'il existe quelques faits de cet ordre : telle l'observation, incomplète du reste, rapportée par Renaut [1]; telle encore celle plus récente de F. Devay [2].

En résumé, l'association des psychoses avec la maladie de Basedow peut se faire de deux façons différentes :

1° Le goitre exophtalmique débute plus ou moins longtemps après le délire apparent; c'est le cas le plus rare;

2° Chez un individu qui a déjà présenté des troubles mentaux, le goitre exophtalmique se développe. A cette catégorie appartient le plus grand nombre de faits.

Nous avons déjà insisté sur la variabilité, le polymorphisme des troubles mentaux qui peuvent traverser l'évolution du syndrome de Basedow. Ces diverses manifestations psychiques se succèdent parfois les unes aux autres (chacune d'elles, ayant ordinairement une durée assez courte), séparées par des périodes durant lesquelles les malades ne présentent d'autres anomalies que celles qui caractérisent l'état mental « habituel » de ces sujets.

Voyons maintenant quelle influence peut avoir l'évolution propre du goitre exophtalmique sur celle des troubles psychiques qui l'accompagnent et dans

[1] Renaut. *Observ. pour servir à l'histoire des troubles cérébraux dans la mal. de Basedow* (*Soc. méd. des hôpit.*, 28 mars 1890).

[2] Devay. *Loc. cit.*

quelle mesure les deux syndromes associés paraissent être solidaires l'un de l'autre. Ici encore on se trouve en présence de deux ordres de faits complètement opposés. Dans certains cas les troubles psychiques marchent parallèlement à la maladie de Basedow : on observe alors qu'ils s'aggravent si celle-ci progresse, qu'ils rétrocèdent lorsqu'elle s'améliore. Dans un cas rapporté par M. Renaut et auquel nous avons déjà fait allusion, cet auteur a vu le retour à l'intégrité des opérations mentales coïncider avec l'amélioration progressive des symptômes du goitre exophtalmique. En revanche, on a pu voir dans la majorité des cas, les symptômes d'ordre psychique s'amender pour un temps et même disparaître sans qu'aucun arrêt, aucune amélioration se produisît dans l'évolution du syndrome de Basedow. Parfois enfin le traitement mis en œuvre a amené la sédation des troubles fonctionnels du goitre exophtalmique, mais est resté sans effet sur l'état mental du malade (observ. de Vigouroux).

IV. *Nature des troubles psychiques associés à la maladie de Basedow.* — La multiplicité des formes que peuvent révéler les troubles psychiques associés à la maladie de Basedow, les données disparates et en partie contradictoires qui se dégagent de l'étude de leur évolution permettent de comprendre et même de prévoir la diversité des opinions qui ont été émises sur la nature et la pathogénie de ces troubles. Les auteurs qui se sont occupés de cette question et les interprétations par eux proposées peuvent être rangés sous trois chefs :

1° Les uns affirment catégoriquement l'existence des psychoses « basedowiennes », tout en admettant que dans quelques cas les phénomènes mentaux peuvent être rattachés à une autre origine. Ainsi Joffroy[1] estime qu'il s'agit bien chez certains malades d'une folie dépendant uniquement du goitre exophtalmique. « Les modifications du caractère et de l'intelligence si fréquentes dans la maladie de Basedow, écrit cet auteur, peuvent prendre dans certains cas une intensité telle qu'elles créent une véritable folie, se présentant le plus généralement soit sous la forme de mélancolie, soit sous celle de manie, la mélancolie ou la manie étant, dans ces cas, symptomatique de la maladie de Basedow. »

Renaut[2] (de Lyon) admet également une relation directe et de cause à effet entre le délire de persécution présenté par un de ses malades et la maladie de Basedow.

De même Jacquin[3] conclut qu'il existe dans la maladie de Basedow des troubles psychiques tellement particuliers qu'ils pourraient servir à diagnostiquer cette affection. « Le goitre exophtalmique, dit-il, peut créer une aliénation mentale de toutes pièces, aliénation qui survient par le fait des

[1] Joffroy. *Loc. cit.*

[2] Renaut. *Loc. cit.*

[3] Jacquin. Étude critique des rapports du goitre exophtal. et de l'aliénation mentale. *Th. doct. Montpellier*, 1891.

troubles profonds de la nutrition que le goitre entraîne avec lui, et cela, non seulement chez les prédisposés mais chez des malades dont les antécédents héréditaires sont nuls. » Telle est encore l'opinion de Ball[1], de Devay[2].

Hirschl[3] rapporte la forme maniaque seule au goitre exophtalmique.

Pour Austin[4] les troubles psychiques dépendraient directement du fonctionnement anormal de la glande thyroïde aussi bien dans le goitre exophtalmique que dans le myxœdème et il croit à l'efficacité possible du traitement chirurgical.

En regard de l'opinion soutenue par ces différents auteurs ou plutôt des faits qu'ils invoquent à l'appui de leur thèse on pourrait, croyons-nous, citer une observation intéressante de Boinet[5]. Elle a trait à un étudiant qui présenta de l'agitation maniaque, puis des idées de persécution, enfin des phénomènes atténués de goitre exophtalmique après avoir absorbé du corps thyroïde de mouton à dose excessive, et dans un but thérapeutique. Ces accidents disparurent avec la cessation du traitement, se montrèrent à nouveau après une nouvelle reprise du traitement pour s'effacer définitivement lorsque le malade fut mis dans l'impossibilité de se procurer du corps thyroïde. Ce sujet ne présentait, d'après Boinet, ni antécédents nerveux, ni syphilis, ni alcoolisme, ni surmenage.

2° D'autres auteurs se refusent à admettre que le goitre exophtalmique soit capable de créer de toutes pièces des états vésaniques ; ils estiment que l'intervention d'une névrose ou d'une psycho-névrose concomitante est nécessaire au développement des troubles psychiques et que le goitre exophtalmique n'intervient à son tour que pour imprimer à ces troubles un certain cachet et modifier leur évolution. Cette théorie éclectique a été particulièrement bien exposée par Gilbert Ballet[6]. Rapportant l'observation d'un basedowien qui avait présenté des hallucinations, des idées de persécution, des tentatives d'homicide et de suicide, Gilbert Ballet se garde de l'erreur qui consisterait à accorder à des circonstances fortuites provoquant l'apparition d'un trouble cérébral l'importance d'une cause déterminante. Il ne croit pas que le goitre exophtalmique puisse à lui seul et indépendamment de toute compromission avec une autre névrose — qui, dans le cas actuel, est l'hystérie — donner naissance à l'hallucination. Il remarque que les hallucinations de son malade sont comme les hallucinations hystériques multiples et mobiles, visuelles surtout, zooptiques. Mais, si l'hallucination visuelle est fréquente chez les hystériques, les idées de persécution sont rares. L'hallucination a donc besoin pour ainsi dire du secours d'un élément secondaire pour aboutir à l'idée de persécution. Cet élément, Gilbert Ballet le trouve dans l'état d'esprit qui est celui de tous les exophtalmiques, l'hyperexcitabilité maladive.

[1] Ball. Leçons sur les maladies mentales. Folie basedowienne.

[2] Devay. *Loc. cit.*

[3] Hirschl. *Loc. cit.*

[4] Austin. *Loc. cit.*

[5] Boinet. *Revue neurologique*, 1899.

[6] Gilbert Ballet. *Loc. cit.*

« L'hystérie crée l'hallucination, le goitre exophtalmique se l'approprie et s'en sert pour réaliser les idées de persécution. » Il ne nous appartient pas de décider si cette interprétation, assurément exacte dans un certain nombre de cas, est applicable à la totalité des délires avec hallucinations qui peuvent traverser l'évolution du goitre exophtalmique. Il semble bien cependant que la plupart des hallucinations observées chez les basedowiens soient d'origine hystérique, et sur ce point l'opinion de Gilbert Ballet est confirmée par l'observation de Joffroy que nous avons déjà mentionnée. S'il en est ainsi, le rôle du syndrome de Basedow dans la genèse de ces manifestations psychiques se trouverait notablement amoindri.

3° D'autres se sont appliqués à parachever le démembrement des psychoses basedowiennes. Le travail de Raymond et Sérieux [1] synthétise en quelque sorte l'opinion de ces auteurs.

Tout d'abord Raymond et Sérieux rappellent que l'association du goitre exophtalmique avec d'autres névroses est chose admise sans conteste. Or, dans la majorité des cas les troubles mentaux observés dans le goitre exophtalmique présentent absolument les caractères des phénomènes psychiques que l'on rapporte communément à ces névroses. Nous avons déjà insisté sur la nature hystérique des hallucinations. La part de la neurasthénie dans le développement des troubles psychiques de la maladie de Basedow est encore plus importante. C'est à elle que Boëtau, Régis rattachent l'obnubilation de l'intelligence, l'état de dépression, la diminution de l'attention, de la mémoire, l'aboulie, le trouble des sentiments affectifs. De même certains cas d'automatisme ambulatoire sont imputables à l'épilepsie. Il faut encore ranger à part quelques cas dans lesquels on a vu un délire alcoolique (Escans), un délire chronique à évolution systématique coïncider avec la maladie de Basedow.

Mais, ces diverses espèces manifestement étrangères au goitre exophtalmique étant mises à l'écart, il reste encore tout un ensemble de faits dans lesquels on ne peut invoquer une autre névrose préexistante ou concomitante pour expliquer le développement des troubles mentaux. Alors Raymond et Sérieux font appel à l'importante notion de la *dégénérescence mentale*. Pour affirmer l'influence prépondérante de la dégénérescence mentale, ces auteurs se fondent sur l'existence des tares héréditaires psychopathiques, des stigmates physiques, de l'état de déséquilibration mentale souvent bien antérieur à l'éclosion des premiers symptômes du goitre exophtalmique, tous indices que l'on retrouverait toujours si les observations étaient plus attentives. Et d'ailleurs, les idées obsédantes, les impulsions notées chez ces malades n'offrent-elles pas tous les caractères des stigmates psychiques similaires qu'on observe chez les dégénérés? La variété, la mobilité, la curabilité des accès délirants ne constituent-elles pas autant d'arguments en faveur de cette doctrine? Dans la plupart des cas, phénomènes psychiques et syndrome de Basedow évoluent pour ainsi dire côte à côte sans s'influencer le moins du monde. Quelquefois il est vrai, ces deux ordres de troubles apparaissent

[1] Raymond et Sérieux. *Loc. cit.*

simultanément ; mais il ne faut pas oublier le rôle important de l'*émotion morale* qu'on retrouve si souvent à l'origine de la maladie de Basedow et qui est également susceptible de provoquer l'apparition des troubles psychiques dont il s'agit ici. Raymond et Sérieux se trouvent ainsi conduits à penser que « le goitre exophtalmique est une névrose bulbo-protubérantielle constituée par l'exagération et la permanence des phénomènes physiologiques de l'émotion ». Nous n'avons pas à les suivre sur ce terrain. Bornons-nous à admettre avec eux que « l'association de la maladie de Basedow avec la dégénérescence mentale n'est pas une coïncidence ; elle s'explique par les tares héréditaires dont relèvent les deux ordres de faits ».

Il nous paraît que l'opinion de ces auteurs renferme une grande part de vérité, que le groupe des psychoses dites basedowiennes est destiné à se restreindre de jour en jour et que la plupart des éléments dont il est composé reprendront peu à peu la place qui leur appartient dans les cadres ordinaires de la psychiatrie. On doit admettre cependant que la maladie de Basedow peut aider à l'éclosion de ces manifestations psychiques et qu'elle leur imprime parfois une physionomie un peu spéciale.

Pronostic. — L'irritabilité, l'instabilité d'humeur, l'émotivité qui caractérisent l'état mental habituel des malades ne présentent guère que des rémissions momentanées. Et dans les cas fort peu nombreux, somme toute, où la maladie de Basedow se termine par la guérison, ils peuvent persister longtemps encore. Quant aux syndromes psychiques épisodiques, aux accès délirants, le pronostic qu'ils comportent doit être réservé. Ils sont, sans doute, mobiles et curables ; mais ils reparaissent parfois avec une facilité très grande. Enfin il ne faut pas oublier que l'excitation maniaque aiguë est une des causes de mort dans le goitre exophtalmique. Dans un travail récent, Barton Jacobs a rapporté deux observations personnelles d'excitation maniaque rapidement mortelle et réuni huit observations similaires empruntées à divers auteurs. Mais il s'agit là d'une éventualité rare.

Traitement. — Le traitement du syndrome basedowien est encore si mal établi qu'on ne pourrait guère compter sur lui pour faire disparaître les troubles psychiques, même si ces troubles étaient sous la dépendance directe du goitre exophtalmique, ce qui n'est pas le cas. On en est donc réduit dans la très grande majorité des faits à recourir à une médication symptomatique.

La question de l'*internement* pourra se poser à un moment donné. Les idées de persécution, de suicide, les tentatives d'homicide, les états d'agitation maniaque susciteront plus particulièrement cette éventualité. Nous rappellerons ici qu'il s'agit fréquemment de délires transitoires, fugaces ; par conséquent lorsque le malade pourra être de la part de son entourage habituel l'objet d'une surveillance attentive et efficace, on ne perdra rien à temporiser. Toutefois il ne faut pas perdre de vue que l'*isolement* constitue une précieuse ressource pour la cure de ces variétés de délires. On n'hésitera donc pas à y avoir recours pour peu que le délire tende à se prolonger.

LIVRE IX

NOTIONS GÉNÉRALES SUR LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS MENTALES

Par D. ANGLADE

I. — LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS MENTALES AVANT NOTRE ÉPOQUE

Chez les anciens, la thérapeutique des affections mentales était peu variée. L'ellébore du « Mont Œta, celui de Galatie ou de Sicile », en faisaient tous les frais. Comme l'a dit Pinel, « faire prendre de l'ellébore à l'intérieur pour guérir la manie ou d'autres maladies mentales, savoir le choisir, le préparer, en diriger l'usage, c'était, dans l'ancienne Grèce, le chef-d'œuvre de la sagacité de l'homme[1] ». Rien n'était, il est vrai, plus compliqué que la technique de l'administration du médicament. Suivant les dispositions individuelles et la gravité de la maladie, il fallait en modérer ou en corriger les effets, l'associer aux aliments, préparer l'estomac à le recevoir.

L'ellébore est demeuré longtemps dans la thérapeutique mentale ; Sylvius de le Boe[2], Th. Willis[3] le conseillaient encore. Mais, avec ces derniers, les ressources curatives s'accrurent. A l'ellébore s'ajoutèrent les préparations de romarin, de marjolaine, de pouillot, de calament, d'angélique, de macis, de cannelle, de gingembre, de cubèbe, dont Willis recommande l'emploi en vue de l'amélioration des imbéciles. En même temps, on préconisa la saignée et les éméto-cathartiques, et aussi les infusions de fleurs de violettes et de nymphéa, de mouron rouge et de millepertuis, les purgatifs à l'extrait d'ellébore noir. Willis conseillait, en outre, le traitement moral ; il trouvait bon d'égayer les mélancoliques par le chant et la musique, la chasse et la danse.

[1] Ph. Pinel. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* ou *la manie*. An. IX, p. VII.

[2] Fr. Sylvii de le Boe. *Opera medica*, etc., in-4°, 1687, liv. II.

[3] Th. Willis. *Opera omnia*, in-4°, 1681.

L'idée était louable, mais il faut regretter que ce médecin sagace ait jugé utile d'employer d'autres moyens chez les maniaques, qu'il ait toléré l'usage des chaînes et des coups pour « réprimer l'élan de la fureur » chez des malades surexcités.

Avec Th. Bonet[1], le traitement moral fit des progrès. On observa mieux les aliénés et on s'efforça, par le raisonnement, d'atténuer le caractère pénible de leurs préoccupations. Un hypochondriaque, raconte Bonet, était persuadé qu'une grenouille avait élu domicile dans son estomac et cherchait dans ses selles des traces de sa présence. Dans le but de faire disparaître cette idée fixe, on lui fit prendre des « eaux salines, du mercure doux, de la rhubarbe et on glissa adroitement une grenouille dans sa garde-robe ».

Mais on sait que c'est avec Pinel [2] seulement que la thérapeutique des affections mentales devint véritablement humaine. Nous ne reviendrons pas sur ce qui a été dit plus haut, à ce sujet.

II — PROPHYLAXIE DES AFFECTIONS MENTALES

L'étude plus minutieuse et la détermination plus précise des causes des affections mentales a ouvert, à notre époque, la voie à la prophylaxie de ces affections.

Les troubles mentaux d'origine infectieuse ou toxique nous apparaissent comme susceptibles d'être au moins enrayés. C'est le cas, par exemple, des délires alcooliques dont le nombre, croissant depuis un quart de siècle, semble, espérons-le au moins, appelé à diminuer grâce aux mesures législatives qui sont actuellement à l'ordre du jour et à l'active propagande entreprise de divers côtés contre le « fléau alcoolique ».

Si la paralysie générale s'est montrée jusqu'à présent rebelle à toutes les médications qu'on a dirigées contre elle, les notions que nous possédons aujourd'hui sur son étiologie, et sur le rôle au moins prépondérant et habituel qu'a la syphilis dans sa genèse, nous autorisent à la considérer, sinon comme une affection curable, au moins comme une maladie évitable.

De même, on est en droit de penser que la relation de mieux en mieux établie des infections et des auto-intoxications avec le délire aigu et la confusion mentale conduira à un traitement préventif de ces syndromes, du moins dans certains cas. Dores et déjà, l'antisepsie externe ou interne nous offre des ressources qui ne sont pas négligeables.

Les psychoses constitutionnelles elles-mêmes n'échappent pas complètement aux ressources de notre prophylaxie. Sans doute, l'action des causes qui les déterminent est moins immédiate que celle des troubles d'origine infectieuse ou toxique; la prédisposition dont elles dépendent, tient à des influences

[1] Th. Bonet. *Medicinæ doc. sepulchretum, sive anatomia practica*, etc., édit. de 1700, 3 vol. in-folio. — *Medicina septentrionalis collatitia, sive rei medicinæ nuperis annis a medicis anglis, germanis et danis emissæ sylloge et syntaxis*, etc., 2 vol. in-folio, 1686, Genevæ.

[2] Ph. Pinel. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 2e édit. Paris, 1809.

héréditaires ou ancestrales dont les effets sont en quelque sorte fatals. Pourtant il n'est pas impossible d'agir pour empêcher le développement de ces fâcheuses prédispositions originelles et pour entraver leurs effets.

Ce qu'on sait du rôle de l'hérédité, directe ou atavique, similaire ou dissemblable, autorise le médecin à user de l'influence et de l'autorité dont il jouit, pour prévenir des unions regrettables et enrayer la marche d'une famille dans la voie de la dégénérescence. Même en présence d'un sujet, chez lequel ses antécédents familiaux permettent de supposer une prédisposition acquise ou dont les tares physiques ou cérébrales révèlent l'organisation défectueuse, l'action médicale peut encore s'exercer utilement pour empêcher la tare d'aboutir. L'éducation, dans ce cas, doit être particulièrement surveillée : il faut éviter à l'enfant les grands efforts cérébraux, le surmènement sous ses diverses formes, surmènement physique, surmènement intellectuel et, si possible, aussi, le surmènement moral qui résulte des chagrins, des soucis, des vexations d'amour-propre, des taquineries maladroites et répétées. Le travail doit être fractionné, associé aux exercices physiques, aux distractions au grand air. La vie à la campagne est préférable à la vie urbaine. On doit s'attacher à instruire l'enfant par les yeux, au moyen des leçons de chose, à solliciter sans efforts sa mémoire visuelle par des occupations qui y font particulièrement appel : l'histoire naturelle, la physique, la géographie, seront préférées à la littérature, à la poésie, à tout ce qui stimule l'imagination ; on choisira les arts plastiques, le dessin, la sculpture ou les arts manuels plutôt que la musique. On ne perdra pas de vue que l'époque de la puberté et les années qui la suivent, constituent pour le prédisposé une période critique : on prendra soin qu'il ne se livre, particulièrement à cet âge, à aucun excès, ni aux excès alcooliques ni aux excès génitaux. Au moment de l'adolescence, se posera la question du choix d'une carrière : on déconseillera celles qui condamnent aux examens nombreux, aux concours, et qui,. de la sorte, exigent par à-coups un surcroît pénible de travail, ou exposent, en cas d'échec, aux vexations d'amour-propre ; l'agriculture, le commerce, certaines industries, la vie calme du bureaucrate vaudront mieux que les professions libérales et surtout que la préparation aux grandes écoles.

III. — OU DOIVENT ÊTRE TRAITÉES LES AFFECTIONS MENTALES

A. — **Indications et contre-indications de l'isolement.**

Une première question se présente au seuil de l'étude du traitement des affections mentales : Où convient-il de traiter ces affections ? La solution est complexe et doit varier suivant les circonstances et les cas.

L'isolement, du moins l'isolement dans une maison de santé ou un asile où le malade sera soumis aux prescriptions de la loi de 1838, ne s'impose pas toujours impérieusement. Et il importe ici d'établir des distinctions.

Cet isolement répond à un double but : but de protection, protection de la

société contre le malade ou du malade contre lui-même, but thérapeutique.

Quand on se trouve en présence d'un malade dangereux pour son entourage ou pour la société, l'internement est une mesure commandée par la prudence la plus élémentaire et il ne faut pas hésiter à le conseiller. La difficulté consiste moins à décider ce qu'il convient de faire en pareil cas, qu'à préciser si tel ou tel malade peut être légitimement considéré comme dangereux : si l'intérêt social est éminemment respectable, la liberté individuelle ne l'est pas moins et il ne faut pas, sans de sérieuses raisons, la sacrifier à ce qu'on croit être l'intérêt public. La précipitation dans l'espèce peut être regrettable, mais aussi un atermoiement préjudiciable. De tous les aliénés, les plus redoutables sont les persécutés, surtout quand ils sont arrivés à cette période de l'affection où les inquiétudes, les accusations vagues ont fait place à des hostilités précises et déclarées. Il est toujours périlleux de laisser ces malades en liberté et le médecin ferait acte de faiblesse en ne conseillant pas, avec décision, le placement. La mesure n'est pas seulement légitime à l'égard des persécutés à délire évolutif, elle l'est aussi à l'égard des déséquilibrés et des débiles, ou de certains hallucinés alcooliques qui réalisent des poussées transitoires d'idées de persécution ; elle l'est enfin à l'égard des persécutés persécuteurs au moment de leurs paroxysmes d'excitation.

Les paralytiques généraux, les maniaques, les individus affectés d'alcoolisme aigu, peuvent aussi devenir, par leur agitation et leurs violences, dangereux pour leur entourage immédiat. Mais en ce qui les concerne, le rôle du médecin est simplifié, car les familles, en général, sont les premières à se rendre compte de la nécessité de l'isolement et à le réclamer.

Certains malades ne sont pas dangereux pour les autres, mais ils le sont pour eux-mêmes ; c'est le cas des mélancoliques, particulièrement des mélancoliques anxieux. L'expérience a trop souvent montré la propension de ces malades aux tentatives de suicide et l'ingéniosité avec laquelle ils arrivent à les mettre à exécution, soit chez eux, soit sous la surveillance insuffisante des établissements hydrothérapiques. Le mélancolique, le plus souvent, a besoin de la surveillance étroite, rigide et continue de la maison de santé ou de l'asile.

Enfin, il existe tout une catégorie de mentaux qui, sans être, au même degré que les précédents, dangereux pour les autres ou pour eux-mêmes, sont cependant incapables de vivre en société et ont besoin d'une protection et d'une tutelle : tels sont les idiots, les faibles d'esprit, les fous moraux, certains épileptiques, certains déments, séniles, ou par lésion organique. Quand les familles ne sont pas en mesure d'entourer ces malades des soins, de la sollicitude, et de la surveillance dont ils ont besoin, et la chose a lieu surtout dans les classes pauvres, l'asile devient une nécessité. Disons toutefois qu'il est regrettable qu'il n'y ait pas pour ces malheureux d'établissements spéciaux distincts des asiles de traitement. Les déments sont une cause d'encombrement pour ces derniers établissements qui sont ainsi détournés de leur véritable but. Quant aux épileptiques, ce sont des malades spéciaux, qui dans l'intervalle de leurs crises, ont souvent l'intelligence assez lucide : leur place

n'est pas au milieu des délirants et il devrait y avoir pour eux un mode d'assistance spécial. On peut en dire autant des dégénérés, faibles d'esprit ou fous moraux : le plus souvent vicieux, n'obéissant qu'à leurs instincts, ils ont besoin d'une orthopédie morale qui n'est pas réalisée dans les asiles de traitement. D'autre part, leur contact est pénible pour les malades affectés de psychoses aiguës, dont le niveau moral est plus élevé : à cause d'eux, on est obligé d'imprimer au quartier d'aliénés une physionomie qui ressemble trop à celle d'une prison, car, avec eux, on ne peut réaliser ni l'*open door* ni la colonisation agricole.

L'isolement, même quand il n'est pas commandé par le souci de la sécurité de l'entourage ou du malade, peut s'imposer dans un but thérapeutique : c'est le cas pour les maniaques, pour beaucoup de mélancoliques, pour la plupart des délirants systématisés, pour les grands obsédés. Ses avantages sont multiples; l'isolement, en soustrayant le malade à son milieu habituel, fait disparaître certaines des conditions ou des circonstances qui servent d'aliment au délire; à ce titre, il est particulièrement avantageux aux paranoïaques de tous ordres; il substitue une vie calme, méthodique et réglée à la vie familiale qui est d'ordinaire fort différente; met à la portée des malades une surveillance éclairée et un appui médical constant, dont les obsédés et les mélancoliques ont particulièrement besoin.

Cet isolement peut être théoriquement réalisé de trois façons : 1° dans une maison particulière organisée à cet effet, avec un personnel approprié; 2° dans un établissement hydrothérapique; 3° dans une maison de santé ou un asile.

Les installations particulières auxquelles les familles riches ont une grande tendance à avoir recours, ne répondent en général que très imparfaitement aux desiderata. Elles sont d'une réalisation difficile et offrent des inconvénients nombreux quand on n'a pas la bonne fortune, qui est rare, de pouvoir réunir un personnel de médecins, de surveillants, d'infirmiers présentant des garanties suffisantes. Elles ne sont guère acceptables que pour la surveillance et le traitement de certains mélancoliques ou d'un grand nombre de paralytiques généraux.

L'établissement hydrothérapique est fait pour les hystériques, pour les neurasthéniques, pour certains obsédés. Il offre des garanties insuffisantes aux mélancoliques et n'admet les maniaques, les délirants systématisés qu'en violant ses propres statuts et les prescriptions légales qui lui interdisent de recevoir des « aliénés », c'est-à-dire des malades insuffisamment conscients de leur état ou qui n'admettent l'isolement que contraints et forcés.

Il faut d'ailleurs se garder de penser que ce procédé de traitement convienne, comme on a quelquefois tendance à le supposer, indifféremment à toutes les affections mentales. Il en est parmi celles-ci qui ne l'exigent pas, d'autres qui même le contre-indiquent.

Les délires des affections fébriles sont de ce nombre; quant aux délires toxiques, ceux qui sont accidentels et transitoires peuvent être traités dans la famille, le délire alcoolique au contraire par son intensité, sa durée et ses

récidives, exige d'habitude l'internement. On tend aujourd'hui, chez nous, à imiter ce qui se fait depuis longtemps dans d'autres pays, en Amérique notamment, c'est-à-dire à créer, pour les toxicomanes et particulièrement pour les éthyliques, des établissements spéciaux différents des asiles ou des maisons de santé ordinaires, où l'on puisse s'attacher non seulement à traiter les accidents toxiques, mais à en prévenir le retour en modifiant les goûts, les habitudes et les tendances des malades.

Il est une affection mentale, à propos de laquelle l'opportunité de l'isolement mérite particulièrement d'être discutée, c'est la confusion. Séglas[1] et Chaslin[2] n'hésitent pas à déconseiller l'internement des confusionnels : ces malades, en effet, sont des désorientés dont l'isolement ne fait qu'aggraver la désorientation. Nous nous rangeons volontiers à cette opinion sous une réserve toutefois et qui a son importance : lorsqu'au début les confusionnels sont agités, quand ils ont des alternatives de grande excitation et de dépression profonde, quand ils sont plongés dans la stupidité, le régime de la maison de santé ou de l'asile nous semble préférable à celui de la famille. Mais il ne faut pas le prolonger trop longtemps et il y a tout avantage, quand la convalescence débute, à replacer le malade dans son milieu habituel. Il s'y ressaisit plus vite que hors de chez lui.

B. — L'asile et ses succédanés : les colonies agricoles et familiales.

L'asile est la demeure légale des malades que leur affection mentale expose à troubler l'ordre public ou à attenter à la sûreté des personnes. Mais la loi de 1838, qui assure l'hospitalisation des aliénés dans des asiles spéciaux ne fut pas seulement une mesure de défense sociale. Elle vise aussi à assurer aux malades des garanties morales et matérielles, et un traitement approprié à leur état.

A ces divers points de vue on ne peut pas dire que tout soit parfait chez nous dans les services d'aliénés; si l'organisation de ces services a été critiquée parfois sévèremenent, ce n'a pas été toujours injustement; c'est avec raison qu'on s'est élevé contre le système des grandes agglomérations de malades, contre l'encombrement de nos asiles et l'insuffisance manifeste du personnel médical et secondaire.

A l'asile, le malade a droit à une hospitalisation convenable, à une surveillance à la fois tutélaire et bienveillante et à un traitement. L'hygiène doit y être assurée par la bonne disposition, l'aération et la propreté des locaux, par une alimentation saine et substantielle, par une installation convenable des bains et de l'hydrothérapie. La question du personnel de surveillance doit être l'objet des préoccupations constantes des chefs de service : il est nécessaire que les infirmiers soient bien recrutés, suffisamment instruits, qu'ils connaissent tous leurs devoirs à l'égard des malades, qu'ils obéissent au médecin et

[1] Séglas. *Ann. méd. psycholog.*, 1893 et *leç. cliniq.*, 1895, p. 205.
[2] Ph. Chaslin. *Traité de thérap. appl. de A. Robin*, 1898, p. 83.

s'appliquent à réaliser ses idées. L'insuffisance du personnel, dans les asiles de province tout au moins, est un obstacle sérieux aux essais nouveaux d'assistance et de thérapeutique. Pour faire bénéficier les malades de toute la liberté compatible avec leur état mental, pour supprimer radicalement tous les moyens de contrainte, pour maintenir les agités au lit sans recourir aux engins de coercition, il faut des infirmiers en nombre suffisant.

Avec un personnel trop peu nombreux, on est pour ainsi dire contraint d'user encore des moyens que l'expérience a condamnés; sans doute on ne songe plus à employer les fers dont se servait Willis, et dont Pinel a délivré bien définitivement les malades, mais on recourt encore, dans certains cas et dans la plupart des services, à la camisole de force. A la vérité, ce moyen de contention n'a d'effrayant que le nom et la réputation; en fait, la camisole a évité à beaucoup de malades des blessures volontaires, et aussi les inconvénients qui peuvent résulter du maintien par la main du personnel, quand celui-ci n'a pas toute la douceur voulue.

Il n'en est pas moins vrai que les dangers auquels elle expose sont tels qu'elle doit disparaître de l'arsenal de nos asiles. En user, c'est être tenté d'en faire abus; son application exaspère le malade, accroît son agitation et laisse dans le souvenir une impression pénible. C'est un instrument d'un autre âge dont l'emploi donne aux services d'aliénés une physionomie qu'ils doivent perdre pour ressembler autant qu'il est possible aux services hospitaliers. L'alitement des aliénés nous aidera sans doute à nous séparer définitivement de ce dernier moyen de contrainte.

Cette suppression de tout moyen de contrainte réalise ce qu'en Angleterre on a appliqué sous le nom de *non-restreint*. Préconisé par Gardiner Hill et Conolly en 1839, approuvé par Morel, le non-restreint a été essayé en France dans quelques services, notamment à Sainte-Anne, dans celui de Magnan. L'expérience a prouvé qu'avec un personnel dressé et suffisamment nombreux, il était de réalisation possible. Aussi serait-il désirable qu'on le mit en pratique dans les établissements publics comme dans les maisons de santé privées où des raisons d'économie portent à user encore de la camisole.

Le non-restreint a pour corollaire l'isolement, toutes les fois que l'alitement systématique dans une salle commune ne peut être appliqué. Les malades, surexcités ou furieux, sont placés dans une chambre de préférence capitonnée. Dans la plupart des asiles, les chambres d'isolement sont groupées dans une même construction placée à proximité ou dans les dépendances du service dit des agités. Cette pratique est condamnable. Quelque coquetterie que l'on puisse mettre à agrémenter la disposition des locaux, à dissimuler les verrous, les quartiers cellulaires de nos asiles ressemblent trop aux établissements de détention, sans aucun profit moral pour les malades. La cellule se dresse devant eux comme une menace permanente. Ils sont humiliés de s'y voir enfermés, s'excitent plus violemment et l'entrée en cellule d'un malade bruyant est le signal d'une agitation générale dans les cellules voisines. Nous ne voyons pas les avantages qui résultent de la réunion, en un même coin de l'asile, de tous les malades excités ou dangereux. Outre que la juxtaposition

d'un certain nombre de cellules, s'ouvrant dans une rotonde ou une galerie, choque l'œil dans un établissement qui prétend à se rapprocher de l'hôpital, il n'est pas douteux que la dissémination de ces cellules ne soit, à divers autres points de vue, préférable. Au système trop généralement adopté, il faut donc substituer la pratique de l'aménagement, dans chaque pavillon et même dans chaque salle, non pas de cellules, mais de chambres confortables où puissent être temporairement isolés les malades désordonnés ou agressifs. Il est peut-être encore réservé à la clinothérapie d'amener, dans les asiles d'aliénés, des modifications dans ce sens. Les quartiers cellulaires disparaîtront le jour où les psychoses aiguës seront traitées par le repos au lit dans des salles communes ou des chambres d'isolement voisines de ces salles.

L'organisation de l'asile, l'asile de demain, deviendra dès lors très différente de ce qu'elle est actuellement.

Les malades qu'on y admet se divisent logiquement en trois catégories. Dans la première on peut ranger ceux qui sont atteints de maladies mentales aiguës ou de crises aiguës au cours d'affections à longue durée. Ceux-ci réclament un traitement immédiat, une surveillance assidue, une observation de tous les instants. Ces conditions sont réalisables par l'alitement systématique. Il y aura donc, dans l'asile, avant tout, un hôpital de traitement des maladies aiguës, composé, si l'on veut, d'une série de petits pavillons, comme nous le dirons plus loin, en parlant de la clinothérapie. De l'hôpital, les malades sortiront convalescents ou voués à la chronicité. Pratiquement, ils se diviseront en malades dangereux par leur délire ou leurs impulsions et en malades inoffensifs. Les premiers, peu nombreux, qui ne peuvent bénéficier d'une liberté quelconque, iront rejoindre, dans une annexe spéciale, les malades de toutes provenances, qui se trouvent dans les mêmes conditions mentales. Car, il ne faut point se bercer d'illusions; il y aura toujours des persécutés dangereux, des impulsifs contre lesquels il faut sans cesse se tenir en garde. Pour ces malades irréductibles, il faut des locaux spéciaux où ils trouveront du bien-être et des distractions à défaut de la liberté dont ils seront à tout jamais incapables de bénéficier. Mais, tous les autres, les convalescents et les chroniques inoffensifs, qui forment la grande masse de la population des asiles, ne sont à leur place ni à l'hôpital ni dans l'annexe dont nous venons de parler. Devant eux, les portes de l'établissement doivent s'ouvrir; les murs doivent s'abaisser, car la société n'a pas le droit de les priver de la liberté. Mais elle n'en a pas moins le devoir de les assister, soit en leur procurant du travail qui soit à leur portée, soit en les plaçant dans des familles.

C'est en vertu de ces idées que, dans tous les pays, divers modes d'assistance des malades convalescents ou inoffensifs ont été institués. Le système de l'open-door, l'organisation de colonies agricoles et familiales comptent parmi les plus intéressantes de ces tentatives. Un mot sur chacune d'elles.

a. *Open-door*. — « On entend par open-door, dit Toulouse[1], un mode

[1] Toulouse. *L'open-door en Écosse*. Extrait du Rapport au Conseil général de la Seine

d'assistance, qui laisse un certain nombre d'aliénés libres, sur parole, de circuler dans ou hors des asiles dont les portes sont ouvertes (door, porte; open ouverte); et, par extension, un ensemble de mesures libérales appliquées à l'assistance des aliénés. » Ce mode d'assistance est pratiqué depuis longtemps dans les asiles de l'Ecosse. Il a été appliqué, dans son esprit tout au moins, à Ville-Evrard, par Marandon de Montyel. En Ecosse, les malades convalescents et dociles sont, sur parole, laissés libres de circuler dans les dépendances de l'asile, qui n'est point clôturé. Un petit nombre seulement a la latitude de dépasser l'enceinte de l'établissement. Il ne faut donc point s'exagérer l'étendue des libertés que l'open-door écossais accorde aux aliénés. Les portes des asiles de l'Ecosse sont ouvertes, mais les malades donnent leur parole de ne pas en franchir le seuil, et la parole d'un écossais vaut un mur de clôture. En fait, il n'est point dans notre pays d'asile assez peu libéral pour refuser à ses pensionnaires une grande partie de ces libertés. Les malades de Marandon de Montyel sont même particulièrement favorisés et l'open-door français nous paraît être en avance sur l'open-door écossais.

Rien n'est plus louable, il faut le dire, que ces efforts de médecins plus soucieux du bien-être moral de leurs malades que de leur propre tranquillité. Apprécier exactement l'état mental d'un malade, saisir le moment précis où la liberté sera pour lui un bienfait, sans devenir un danger pour la société, prendre la responsabilité de cette liberté, c'est, de la part du médecin aliéniste, à la fois un acte de science et de courage.

B. — *Colonies agricoles.* — Pinel affirmait l'utilité du travail dans le traitement des aliénés; il en avait constaté les bons effets, ainsi qu'il le dit lui-même, dans un asile de l'Espagne, à Saragosse. « Les fondateurs de cet asile, écrivait Pinel [1], ont voulu retrouver une sorte de contrepoids aux égarements de l'esprit dans l'attrait et le charme qu'inspirent la culture des champs, par l'instinct qui porte l'homme à féconder la terre et à pourvoir ainsi à ses besoins par les fruits de son industrie.» Ces principes ont reçu leur application dans les asiles de tous les pays. En Allemagne, la colonisation agricole est en honneur; il existe, à Alt-Scherbitz, un asile-colonie où le travail agricole et l'open-door sont heureusement associés [2]. D'autres colonies ont été installées d'après le même modèle sous la vigoureuse impulsion du Dr Paetz [3]. En Norwège, en Russie, en Suède, en Hollande, en Amérique, la colonisation agricole des aliénés est sérieusement projetée. En France, il n'existe point de véritables colonies comparables à celles d'Alt-Scherbitz. Mais déjà en 1830 les malades de Bicêtre, en 1832 ceux de Sainte-Anne, étaient employés aux travaux

sur l'assistance des aliénés en Angleterre et en Écosse, 1898. *Rev. de psychiatrie*, t. III, n° 9, 1899, p. 261.

[1] Pinel. *Loc. cit.*, p. 225.

[2] P. Sérieux. Notice historique sur le développement de l'assistance des aliénés en Allemagne. *Arch. de neurol.*, 1895, vol. XXX, n° 105, p. 371.

[3] Paetz. *Colonisation des aliénés dans ses rapports avec le système de l'open-door.* Berlin, 1893.

des champs. Depuis lors, des groupes plus ou moins importants de malades sont séparés, dans quelques asiles de province, de la masse des aliénés, occupés journellement à la culture et quelquefois hospitalisés en dehors de l'asile. Il existe des colonies de ce genre dans les asiles du Finistère, de la Gironde, de la Savoie, de l'Yonne, etc., et partout les résultats moraux et matériels de ces organisations sont excellents.

C. *Colonies familiales.* — La colonisation agricole est un bienfait pour quelques malades convalescents ou dociles; la colonisation familiale n'est pas moins intéressante dans ses résultats. Ce mode d'assistance est depuis longtemps institué en Belgique. Il se pratique actuellement en Allemagne, en Ecosse, en Russie, etc., et la tentative qui a été faite en France, est en pleine prospérité. 1900 aliénés sont assistés à Gheel (Belgique), 400 à Lierneux (Belgique), 183 à Daldorf, 2 750 en Écosse, 300 en Russie et 600 à Dun-sur-Auron [1]. Une même idée humanitaire a présidé à tous les essais de colonisation familiale. Les règles de l'application varient suivant les pays; le recrutement et la surveillance des malades ne se fait pas partout de la même manière. Nous ne voulons pas ici les mettre en parallèle ; disons seulement que les principes qui ont conduit à l'organisation de la colonie de Dun sont suffisamment jugés par l'excellence des résultats obtenus. A Dun, 600 malades, sélectionnés dans les asiles, sont confiés à des nourriciers par les médecins de la colonie, « seuls juges de l'opportunité des placements et des déplacements. » On ne peut fixer d'une manière absolue les catégories de malades justiciables de l'assistance familiale ; on assiste à Dun des paralytiques, des débiles et des déments de toute sorte, surtout des déments séniles. Il faut bien reconnaître que l'assistance familiale des déments séniles semble un contresens; les déments séniles sont ou bien des affaiblis ou bien des délirants surexcités. Ces derniers sont de véritables aliénés et ne peuvent être gardés par les nourriciers de Dun. Quant aux autres, ce sont de simples radoteurs inoffensifs, qui devraient trouver, dans leur propre famille, la véritable assistance familiale. Nous nous sommes élevé ailleurs contre cette tendance des parents à se séparer de leurs vieillards affaiblis. S'ils sont incapables matériellement d'assister leurs infirmes, c'est à eux, et non à des étrangers, qu'il serait logique de verser le secours que le département alloue aux nourriciers. Dans le même ordre d'idées, Rey [2] a conseillé de rendre à leur famille les pensionnaires inoffensifs des asiles en leur attribuant la moitié des frais de l'entretien à l'établissement. Des tentatives dans ce sens sont faites dans les départements de Vaucluse et des Bouches-du-Rhône; il faut reconnaître qu'elles se heurtent à certaines difficultés pratiques.

Les déments séniles ne sont d'ailleurs pas les seuls malades susceptibles de bénéficier de la colonisation familiale ainsi que le prouve la statistique de

[1] Marie et A. Vigouroux. Sur la colonisation familiale et les malades qui en peuvent bénéficier. *Comm. au Congrès d'Angers*, 1898. *Comptes rendus*, 1899, p. 543.

[2] Rey. Comm. au Congrès de Toulouse, en 1897, à l'occasion de la discussion du 3 août sur l'*organisation médicale des asiles d'aliénés.* Comptes rendus, 1898, p. 488.

Dun. L'observation journalière nous montre que les réactions des individus atteints de la même affection peuvent être, suivant les cas, fort différentes. Il y a des persécutés mégalomanes fort dociles, des dégénérés sans impulsions, des mélancoliques qui ne pensent jamais sérieusement à se suicider. Aussi, Marie et Vigouroux ont-ils pu dire avec raison qu' « il est des déments, des persécutés, des mélancoliques, des dégénérés, des imbéciles, pour qui le patronage familial sera un mode d'assistance bienfaisant, salutaire même[1] » Pour qu'il en soit ainsi, il nous paraît indispensable que les malades soient assez peu disséminés pour ne pas échapper à la direction et à la surveillance du médecin, et aussi que la colonie familiale avoisine un asile toujours prêt à recevoir les réintégrations. C'est parce que ces conditions sont réunies à Dun que la colonisation familiale y a prospéré[2].

IV. — COMMENT FAUT-IL TRAITER LES AFFECTIONS MENTALES ?

La première mesure à prendre, en présence d'un sujet atteint d'affection mentale, consiste à le mettre au lit. Que l'on soit ou non partisan de l'alitement systématique, on trouvera avantage à pratiquer le premier examen et le premier interrogatoire au chevet du malade. On peut donc faire crédit à l'alitement et le considérer comme une sorte de traitement provisoire, quitte à l'interrompre si son maintien ne paraît pas justifié.

A. — L'alitement.

L'idée de maintenir au lit des malades atteints de psychopathies aurait dû, semble-t-il, venir à l'esprit des médecins, du jour où la nature morbide des troubles mentaux fut reconnue. Que ces troubles fussent le résultat d'une anémie ou d'une hyperhémie du cerveau, de la viciation du sang ou des humeurs atrabiliaires, le repos au lit, dans la position horizontale, n'était-il pas indiqué pour régulariser la circulation et prévenir la dénutrition ? Cependant, il n'y a pas encore cinquante ans que Guislain[3], l'un des premiers, a affirmé les bons effets du décubitus prolongé pour ramener au calme les maniaques, ajoutant que « nul moyen ne lui avait fourni des résultats plus satisfaisants dans le traitement de la mélancolie ». L'optimisme de Guislain ne fut pas immédiatement partagé. C'est ainsi que Griesinger[4], en 1865, recommandait de ne jamais « permettre aux malades un séjour prolongé au lit ». Mais, dans ces dernières années, la pratique de Guislain a trouvé de nombreux adeptes dans tous les pays. Expérimentée tour à tour en Allemagne, en Russie, en Suisse, en Hollande, puis en France, elle a excité un enthousiasme général à peine

[1] Marie et Vigouroux. *Loc. cit.*, p. 559.

[2] Le département de la Seine vient de faire un pas de plus dans la voie de la colonisation familiale. Le Dr Lwof réalise avec un plein succès, à Ainay-le-Château, pour les hommes, ce que le Dr Marie avait fait, à Dun-sur-Auron, pour les femmes.

[3] Guislain. *Leçons orales sur les phrénopathies ou traité théorique et pratique des maladies mentales*, t. III. Gand, 1852.

[4] Griesinger. *Traité des maladies mentales*, 1865, p. 548.

mitigé de quelques réserves. Kraepelin[1] la tient pour efficace; Krafft-Ebing[2] lui reconnaît de grands avantages. En Russie, le traitement des psychoses par le séjour au lit, introduit par Timoféieff[3] et Govséieff[4], est appliqué dans les cliniques psychiatriques de Moscou. On lira avec intérêt les importantes discussions qu'a soulevées, à la Société de la clinique de Saint-Pétersbourg, la méthode nouvelle. Elle en est sortie victorieuse ; et, dans des études récentes, Lion[5] et Justchenko[6] se prononcent définitivement pour l'utilité de la clinothérapie dans le traitement des psychopathies. En Angleterre, cette méthode n'est pas tout à fait dédaignée, bien que le récent traité de Lewis[7] néglige d'en faire mention. En France, Belle et Lemoine[8], mettant à profit les résultats obtenus par Weir Mitchell[9] dans le traitement de la neurasthénie, conseillèrent de soigner les mélancoliques anxieux par le « séjour au lit, dans le décubitus dorsal complet aussi prolongé que possible. » Cette indication formelle a été recueillie par quelques auteurs et notamment par Régis[10]. Mais la mise en pratique, dans notre pays, du traitement par le lit, ne date pas de plus de huit ans. Magnan[11] à Sainte-Anne, Sérieux à Ville-Evrard, en ont vérifié l'efficacité dans leur service ; et Sérieux déclarait tout récemment que cette méthode « doit être considérée comme une innovation dont l'importance est capitale[12]. »

Est-il besoin de rappeler le vœu qui a clos la discussion sur l'alitement au dernier Congrès international? Il exprime le désir de voir « la méthode de traitement des aliénés par l'alitement généralisé dans les asiles, et, par suite disparaître progressivement les quartiers cellulaires[13] ».

Il faut entrer résolument dans cette voie. L'alitement systématique peut

[1] Kræpelin. *Psychiatrie*, t. I, 1899, p. 319.

[2] Krafft-Ebing. *Traité clinique de Psychiatrie*, traduct. d'Émile Laurent, 1897, p. 325.

[3] Timoféieff. Méthode de traitement des aliénés, dite du lit. *Arkhiv. psikhiatr.*, XIX, 3.

[4] Govséieff. Le régime du lit et sa valeur dans le traitement des aliénés. *Obuzr. psikhiatr.*, 1896, p. 5.

[5] Lion. Traitement au lit. *Arch. de psychia., neurol. et de psychopathol. légale*, 1898, t. XXXII, n° 2, p. 18.

[6] A. J. Justchenko (de Vinnitsa). Contribution à l'étude du traitement au lit des maladies psychiques. *Messager méd. russe*. (*Roussky meditsurski vestnik*), 1899, t. I, n°s 2 et 3, p. 24.

[7] W. Bevan Lewis. *A Text Book of Mental diseases*, 1899. London.

[8] Belle et Lemoine. Traitement de la lypémanie anxieuse. *Ann. méd-psych.*, t. VII, p. 225.

[9] Weir Mitchell. On rest in the treatment of nervous disease *in Seguin's series of American clinical lectures*, t. I, n° 4, 1875. — Fat and blood, and how to make them. Philadelphie, 1877. Traduct. française par O. Jennings, sous le titre : *Du traitement méthodique de la neurasthénie et de quelques formes d'hystérie*. Paris, 1883.

[10] Régis. *Man. de méd. ment.*, 2e édit., 1892, p. 336.

[11] Magnan. *Communic. au Xe Congrès des méd. aliénistes et neurologistes.*

[12] P. Sérieux et F. Farnarier. Le traitement des psychoses aiguës par le repos au lit. *Semaine médicale*, 1899, n° 43, p. 337 et P. Sérieux. Idem. *Rev. inter. de thérapeutique et de pharmacologie*, 15 sept., 1897.

[13] A. Ritti. *Comptes rendus de la section de psychiatrie du XIIe Congrès international*. Paris, 1901, p. 418.

se réaliser partout ; nous l'appliquons à l'asile d'Alençon depuis deux ans et il nous paraît qu'on n'en a pas exagéré les avantages. Tous nos maniaques ou mélancoliques sont alités. Au lit, leur excitation ou leur anxiété sont certainement atténués et l'observation, la surveillance et le traitement, sont plus réguliers.

Aussi bien, cette méthode thérapeutique se justifie par des considérations physiologiques : le décubitus prolongé exerce une action bienfaisante sur la circulation, la respiration et la nutrition en général. A la vérité, les résultats ne concordent pas absolument dans toutes les observations. Mais on peut tenir pour certain que le pouls et les mouvements respiratoires se ralentissent, que la tension artérielle se régularise et que les dépenses de l'organisme sont réduites à leur minimum. Les chiffres importent peu[1]; le fait seul est à retenir. Les résultats de cette économie de travail et de dépense se traduisent par une augmentation de poids du malade. Sur ce point, cependant, les avis sont partagés : Toulouse et Marchand[2] déclarent que l'alitement prolongé entraîne la diminution du poids du corps et accentue l'amaigrissement, tandis que Rœhrich[3] note l'élévation rapide de la courbe du poids chez les maniaques, les mélancoliques et les confusionnels agités. La raison de cette divergence dans les résultats réside peut-être dans ce fait, signalé par Ossipow[4], que le poids du corps diminue dans les premiers temps de l'alitement et se relève ensuite. Enfin, la température, qui tend à s'abaisser chez les mélancoliques non alités, revient à la normale dès que le séjour au lit est obtenu. Au point de vue physiologique, les bons effets du décubitus prolongé ne sont donc pas contestables.

En regard de ces avantages, il faut placer les inconvénients. Presque tous les observateurs et en particulier Ossipow[5] et Trapesnikow[6] ont insisté sur les troubles du sommeil et des fonctions gastro-intestinales : les malades alités perdent souvent le sommeil et l'appétit, remarque Ossipow, et la constipation est la règle. Ces troubles des fonctions digestives expliqueraient la diminution de poids du corps. L'onanisme serait en outre une cause importante d'épuisement. Rosenbach[7] ajoute que la durée de la maladie n'étant pas abrégée, les résultats de la méthode doivent être tenus pour négatifs.

Ces inconvénients sont très réels. L'appétit diminue chez quelques malades alités, les digestions sont difficiles; il y a de la constipation. L'amaigrissement en résulte et quelquefois un état d'anémie grave. On peut combattre ces complications par différents moyens appropriés, mais en général elles sont pré-

[1] On pourra prendre connaissance de ces chiffres dans le travail de Weir Mitchell ou la thèse de Roehrich : *Du traitement par le lit, chez les aliénés*, 1898.

[2] Toulouse et Marchand. Influence de l'alitement sur le poids du corps. *Soc. de Biologie*, séance du 8 juillet 1899. *Semaine méd.*, 1899, n° 30, p. 237.

[3] Roehrich. Du traitement par le lit chez les aliénés. *Th. de Genève*, 1898.

[4] Ossipow. *Rev. Russe de psych. de Bechterew*, 1897, p. 613.

[5] [6] Ossipow, Trapesnikow. Communications à la Société de la clinique de Saint-Pétersbourg. Séance du 11 mai 1897. *An. in Rev. russe de psych.* (de Bechterew) 1897, p. 613.

[7] Rosenbach. Discussion à la *Société de la clin. de Saint-Pétersbourg*. Séance du 11 mai 1897.

venues si l'on a soin de faire lever les malades chaque jour et de les exposer quelques heures au grand air. D'ailleurs, ces inconvénients persisteraient-ils qu'ils ne suffiraient point, de l'aveu même de ceux qui les ont signalés, à contrebalancer les avantages matériels et moraux qu'assure la clinothérapie. Il reste d'abord les effets physiologiques. La régularité dans les mouvements cardiaques et respiratoires, le ralentissement des échanges et des oxydations placent l'organisme dans des conditions favorables pour lutter contre la maladie. Qu'il s'agisse d'un délire fébrile toxique ou d'une psychose aiguë de quelque nature qu'elle soit, l'organisme n'aura pas trop de toutes ses forces pour lutter contre le processus morbide. Ces forces, il importe de les ménager ; il faut éviter qu'elles se consument en efforts stériles, en mouvements désordonnés. Le malade doit demeurer soustrait aux influences extérieures, qui excitent son activité cérébrale et provoquent des mouvements ; l'exercice de la pensée et du mouvement gagne à être restreint dans les psychoses aiguës, parce qu'il est automatique et, par conséquent, désordonné. Toutes ces conditions favorables se réalisent par le séjour au lit. On ne peut contester non plus la bonne impression morale qu'il exerce sur les malades. Se voyant alité, le mélancolique se persuade plus facilement qu'il est un malade comme tout autre ; il éprouve moins de difficultés à se ressaisir, et la convalescence se trouve abrégée. L'impression pénible du quartier cellulaire et le souvenir des moyens de coercition n'obsède plus son esprit, il ne se voit plus traité comme un être dangereux. Le bénéfice moral est considérable.

Au point de vue matériel, les avantages ne sont pas moindres. Si les malades atteints de psychoses aiguës sont alités et réunis dans quelques salles, la surveillance s'exerce dans des conditions plus efficaces. Au lit, le moindre trouble organique est observé et traité ; l'alimentation et l'évacuation sont contrôlés ; les œdèmes, les troubles trophiques, les eschares ne peuvent passer inaperçus, pas plus que les élévations de température. Ainsi les complications physiques graves, qui retentissent si défavorablement sur l'état mental, sont rendues plus rares. Les agressions et les violences, les tendances destructives, disent les observateurs, sont moins fréquentes. Le personnel de surveillance n'a pas l'occasion d'user de représailles et entoure les malades de soins plus affectueux. Ajoutons à cela que les quartiers cellulaires avec leur organisation coûteuse deviennent inutiles, que l'installation des services se trouve simplifiée, et nous aurons une idée des améliorations importantes que la clinothérapie est appelée à introduire dans le traitement et l'hospitalisation des malades atteints de troubles mentaux.

Cette méthode, dont nous venons d'indiquer les principaux avantages est d'une application facile dans tous les milieux, à la ville comme dans les établissements spéciaux. Une installation particulière n'est nullement indispensable et l'organisation actuelle de nos asiles se prête, nous l'avons dit, à des expériences dont les enseignements préciseront les améliorations à introduire dans les asiles de l'avenir.

Deux salles spacieuses au rez-de-chaussée, convenablement chauffées, ventilées et aérées, s'ouvrant, de plain-pied, sur une cour ou jardin bien exposés

et chacune communiquant facilement avec deux chambres d'isolement, voilà les grandes lignes d'un pavillon destiné au traitement des psychoses aiguës. Une des salles serait réservée aux malades bruyants et surexcités; l'autre, aux malades déprimés. A l'extrémité de chacune de ces salles serait annexée une installation hydrothérapique, électrique, etc. Au centre serait la surveillance.

Le premier résultat à obtenir est l'alitement du malade. On s'étonne, dès l'abord, qu'un maniaque exubérant consente à se mettre au lit et à y demeurer, qu'un mélancolique obstiné, convaincu de sa ruine et de son indignité, accepte d'y rester. Pratiquement, cependant, on triomphe assez aisément de la résistance des malades : Magnan persuade aux mélancoliques qu'ils sont malades, qu'ils ont de la fièvre; les maniaques sont surveillés de près, jamais maintenus; s'ils abandonnent leur lit, on les laisse s'agiter, puis, la détente produite, on essaye de nouveau de les coucher. La ressource suprême sera la chambre d'isolement contiguë à la salle, ouverte une grande partie de la journée afin de réduire la durée de la solitude. Pour mettre au lit un malade et l'y maintenir, il n'y a point de règles précises ; le tact du médecin, la confiance qu'il saura inspirer aux malades, l'habileté et les bons procédés du personnel de surveillance, auront presque toujours raison des résistances individuelles.

Une fois au lit, le malade devra y rester un temps variable, selon la nature de l'affection. Guislain[1] conseille l'alitement pendant les deux ou trois premiers mois de l'évolution des psychoses aiguës, tandis que Sérieux[2] ne croit pas qu'il doive se prolonger au delà de deux mois ; on en profite pour mieux observer les malades et pour instituer un traitement approprié en ayant soin d'assurer l'alimentation et de combattre la constipation, etc. Pendant le traitement, il nous paraît utile de donner chaque jour au malade quelques heures de liberté et de lui permettre de se rendre au jardin attenant à la chambre à coucher; cette tolérance est désapprouvée par quelques médecins. Elle ne nous semble pas, cependant, de nature à compromettre les bons effets de la méthode et, par contre, elle supprime quelques-uns des inconvénients qui résultent d'un décubitus prolongé et continu. On le voit, la technique du traitement clinothérapique est des plus simples et ses effets physiologiques sont indiscutables.

Nous avons à nous demander maintenant quelles catégories de malades en peuvent retirer les plus sérieux bénéfices.

Il faut se garder de considérer le traitement par le lit comme une panacée également profitable à tous les malades. Le plus sûr moyen de faire avorter une tentative thérapeutique, si rationnelle qu'elle soit, est de l'appliquer sans discernement à tous les cas.

On peut sans hésiter prendre pour règle de conduite d'aliter provisoirement tous les malades sans distinction, au moment de leur entrée dans le service. Cette pratique a des avantages réels. Elle rend le premier examen plus facile

[1] Guislain. *Loc. cit.*

[2] P. Sérieux et Farnarier. *Loc. cit.*, p. 338.

et plus complet. D'autre part, l'expérience prouve que le malade alité se montre plus rassuré, plus communicatif. Mais, il faut, dès que le diagnostic est établi, faire le tri des malades qui doivent être maintenus alités. En principe, l'alitement doit être réservé aux états mentaux aigus : les états maniaques ou mélancoliques, les délires fébriles ou toxiques et les états confusionnels en sont surtout justiciables.

Les états maniaques, idiopathiques ou symptomatiques, ne retirent que des avantages de l'alitement systématique. J.-P. Falret[1] voulait, il y a déjà longtemps, que certains maniaques fussent « considérés comme malades physiquement et soignés à l'infirmerie comme des fébricitants ». La méthode nouvelle étend à tous les états maniaques l'indication de l'alitement. Le maniaque a besoin de repos, au physique comme au moral; il est exposé au surmenage et à l'épuisement. Le désordre des fonctions physiques, la suractivité cardiaque, témoignent de l'exagération du travail organique. Le séjour au lit répond parfaitement à cet impérieux besoin de repos. Les fonctions du cœur se régularisent et c'est peut-être pour ce motif que l'excitation diminue. Si les maniaques alités s'agitent moins, les moyens de contention deviennent inutiles; les luttes avec le personnel de surveillance sont évitées; le traitement et l'observation sont plus réguliers ; les complications viscérales sont prévenues. En admettant même que l'accès maniaque ne soit pas abrégé, les avantages demeurent considérables.

Les états mélancoliques retirent encore plus de profit de l'alitement. La plupart des mélancoliques gardent le lit volontiers. Ils s'y montrent plus rassurés, gémissent moins. L'atténuation rapide de la douleur morale résulte sans doute d'une amélioration dans les fonctions physiques : la tension artérielle se relève et se régularise, la température revient à la normale, toutes conditions favorables au jeu régulier des fonctions physiques et conséquemment des fonctions psychiques. En sorte que l'atténuation de la douleur morale des mélancoliques aussi bien que l'amélioration de leur état physique se justifient logiquement par les effets physiologiques du repos au lit. Pour les mélancoliques, encore plus que pour les maniaques, il convient de tempérer les rigueurs du traitement et de permettre aux malades de se lever quelques heures tous les jours. La perte de l'appétit et la constipation seront moins à redouter si le séjour du lit n'est pas rigoureusement continué.

Les délires fébriles sont habituellement traités par l'alitement en même temps que la fièvre dont ils dépendent. De même, les délires toxiques de toute nature s'amendent plus rapidement si le malade, qui les présente, est maintenu au lit. L'alitement a pour résultat, dit Magnan[2], de substituer, dans les centres sensoriels des alcooliques, des images extérieures nettement dessinées, aux images maladives et mobiles. « En permettant de placer le sujet dans la réalité des faits dès que son délire se réveille, il devient ainsi le plus puissant

[1] J.-P. Falret. Cité par Sérieux, p. 340. *Semaine méd.*, 1899, n° 43.

[2] Magnan. Comm. au C. des méd. ali. et neur. Xe Session. Marseille 1899. *Rev. de psych.*, 1899, t. III, n° 5, p. 159.

des agents thérapeutiques et permet de se passer en général de tous les hypnotiques de la matière médicale[1]. » On peut en dire autant de tous les délires toxiques, puisque les images s'y montrent également mobiles et fugaces.

La confusion mentale participe cliniquement des caractères de la mélancolie et de la manie, de ceux surtout des délires toxiques. C'est dire qu'elle bénéficiera d'un procédé de traitement dont on vient de voir l'utilité dans ces différents états. Au lit, le confusionnel stupide est moins exposé aux complications physiques, troubles trophiques, œdèmes, eschares, etc., le confusionnel maniaque se calme. Dès que l'heure de la convalescence a sonné, le malade comprend mieux qu'il relève d'une maladie, et le traitement moral, si utile comme on l'a vu, se trouve singulièrement facilité.

Tels sont les états qui ressortissent plus particulièrement à la clinothérapie. Vouloir appliquer cette méthode aux délires systématisés, aux accès de délire furieux des épileptiques, c'est la compromettre ; de l'aveu de Pochon[2], élève de Magnan « c'est aller au-devant des accidents ».

B. — Thérapeutique psychique.

En présence d'un malade dont la raison est égarée, le médecin doit mettre au service de son art toute sa bienveillance et toute son énergie morale. Il faut traiter les maladies mentales « avec son cœur et avec son esprit », se souvenir que la perte de la raison n'est pas un stigmate humiliant, mais un accident pathologique douloureux et digne de compassion. Nous ne sommes plus au temps où les troubles mentaux, mis sur le compte d'une possession diabolique, ne semblaient justiciables que de l'exorcisme, des chaînes ou du feu ; et ce qui survit des préjugés d'une autre époque doit disparaître peu à peu si nous nous attachons à relever ces malades vis-à-vis d'eux-mêmes et vis-à-vis de la société. Le plus sûr moyen d'y parvenir, c'est de les traiter avec bonté, d'éviter soigneusement tout ce qui peut les humilier, de les soutenir moralement contre les épreuves de la maladie.

Dans leur famille, quelques hypochondriaques sont incompris. On met sur le compte de la fantaisie leurs exigences parfois excessives. Il dépend du médecin d'éviter une aussi regrettable méprise. Rassurer le malade sur ses préoccupations imaginaires, faire entendre à l'entourage que sa mauvaise humeur, son égoïsme maladif sont des symptômes de son mal, c'est faire du traitement moral et améliorer en même temps les rapports du malade avec les personnes qui lui donnent des soins. Ce que nous disons des hypochondriaques, s'applique à tous les malades dont le caractère devient irritable et capricieux sous l'influence de causes pathologiques diverses, à certains tabétiques, aux parkinsonniens, aux déments séniles qui en arrivent, à mesure que leurs facultés s'affaiblissent, à mal interpréter les actes les mieux intentionnés. Ces malades peuvent ne pas délirer franchement, mais ils accusent les personnes de

[1] Magnan. *Loc. cit.*, p. 160.

[2] Pochon. Cité par Sérieux, p. 340. *Sem. méd.*, 1899, n° 43 et *Th. de Paris*, 1899.

l'entourage de les dépouiller, de leur avoir volé des objets que la déchéance de leur mémoire ne leur permet pas de retrouver. Il appartient au médecin de corriger les interprétations fausses d'où qu'elles viennent, d'insister auprès des familles pour qu'elles gardent les paralysés et les vieillards affaiblis. Il est véritablement pénible de voir les asiles se peupler de gens âgés dont le seul tort est d'avoir trop vieilli ; de même que les familles élèvent et supportent leurs enfants, elles doivent aussi supporter et soigner leurs vieillards à moins d'impossibilité avérée.

A l'asile, comme dans la famille, le traitement moral peut être avantageusement employé dans bien des cas. On s'imagine encore, dans certains milieux, que l'asile est un lieu de tortures morales et physiques, où la douche traditionnelle est, comme une épée de Damoclès, constamment suspendue sur la tête des malheureux internés. Est-il besoin de dire que pareilles pratiques sont définitivement bannies de nos services ? Tout le monde est d'accord pour proclamer l'inutilité des punitions dans la direction des aliénés. Non seulement on ne sévit plus contre les malades, mais on tend, nous l'avons vu, à rejeter les procédés de contrainte.

Dans un certain nombre de services, les moyens de contention les plus inoffensifs sont supprimés ; dans tous, leur application se réduit chaque jour et on n'attend plus qu'une augmentation de personnel pour y renoncer complètement. Le premier devoir du médecin, quand le malade a franchi le seuil de l'asile, est de s'ingénier à lui rendre moins pénibles les premières heures de l'isolement. Sans qu'il soit nécessaire de se prêter à tous les caprices des familles et aux artifices qu'elles proposent pour tromper le malade au moment de se séparer de lui, la présence du médecin, son attitude et ses bonnes paroles adouciront souvent la douleur de cette séparation. Pour arriver à ce résultat, il n'est pas besoin de dissimuler son rôle et sa qualité : devant un malade, à quelque catégorie qu'il appartienne, nous devons toujours nous poser en médecins, jamais sous aucun prétexte, en représentants d'une autorité administrative ou judiciaire. Au malade lui-même il faut toujours affirmer sa maladie. Cela est encore du traitement moral, et les rapports du médecin avec ce dernier n'y perdent jamais en cordialité. L'expérience prouve que même les persécutés les plus intransigeants finissent par reconnaître la bonne foi du médecin qui leur parle avec sincérité. Leur faire des réponses dilatoires, c'est fournir un aliment à leurs interprétations ; car, les persécutés soupçonnent d'autant mieux un complot que la trame principale leur échappe davantage. Cette attitude du médecin nous paraît seule digne de sa mission ; et, au point de vue psychique, les avantages en sont incontestables. Le malade auquel on expose les faiblesses ou les lacunes de sa mentalité, incrédule d'abord, se ressaisit plus aisément si une éclaircie se fait dans le trouble de sa raison. Il comprend mieux et plus vite parce qu'on lui a tout expliqué pendant sa maladie.

La sincérité n'exclut pas la bonté. Il faut être bon avec les malades, recueillir leurs confidences, s'intéresser à tout ce qui les préoccupe, s'inquiéter de leur famille et de leurs intérêts, provoquer les correspondances et au

besoin les entretenir, ménager des entrevues aux moments propices. En outre, le médecin devra saisir avec empressement toutes les occasions de rompre la monotonie de l'existence de ses malades : les représentations théâtrales, les auditions musicales, les promenades seront des éléments de distraction utiles.

Telles sont les règles générales de la thérapeutique morale. Elles se résument en deux préceptes : 1° se souvenir, en toutes circonstances, que la perte de la raison est une maladie, la plus intéressante et la plus douloureuse de toutes; 2° ne rien négliger de ce qui peut établir entre le médecin et ses malades des liens de sympathie et de confiance réciproques.

Les premiers résultats de cette attitude seront d'assurer l'action morale du médecin en vue du traitement psychique proprement dit. Un mode d'action morale, fréquemment mis en œuvre dans la thérapeutique des maladies nerveuses en général, est la suggestion hypnotique. Nous ne saurions faire ici l'histoire de la thérapeutique suggestive : elle a rendu des services incontestables dans le traitement de quelques psychopathies hystériques ou neurasthéniques; et les observations de Voisin [1], de Séglas, de Lombroso, de Dufour, de Luys [2], tendraient à prouver qu'elle n'est pas absolument sans influence sur les maladies mentales. Cependant Liébeault [3] avait déjà signalé la résistance des aliénés à la suggestion, Bernheim [4] a affirmé, avec sa très grande autorité en la matière, que « pendant leurs crises, les aliénés sont en général difficiles, sinon impossibles à hypnotiser. » G. Ballet, Briand [5] n'y ont jamais réussi.

Les opinions sur ce point demeurent contradictoires. Tokarsky [6] affirme l'utilité de la thérapeutique suggestive dans le traitement des affections mentales, tandis que Forel [7] et Schrenk-Notzing [8] ne lui reconnaissent aucune efficacité. La divergence de ces opinions tient peut-être à un malentendu et à des observations incomplètes. Le plus grand nombre des cas de guérison de maladies mentales par la suggestion se rapporte à des sujets hystériques. Nous pensons avec G. Ballet, Séglas [9] et Cullerre [10] que la suggestion hypno-

[1] Voisin. Étude sur l'hypnotisme et les suggestions chez une aliénée. *Soc. méd. psych.*, séance du 30 juin 1884. *Ann. méd. psychol.*, sept. 1884, 6e série. t. XII, 42e année, p. 289 et suiv.

[2] Séglas, Lombroso, Dufour, Luys. Cités par A. Cullere in *La thérapeutique suggestive et ses applications*, etc., Paris, 1893, p. 197.

[3] A. Liébeault. *Le sommeil provoqué et les états analogues*, 2e édit. Paris, 1889.

[4] Bernheim. *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*. Paris, 1891.

[5] M. Briand. *Congrès de l'hypnotisme*, 1889.

[6] A. Tokarsky (Moscou). De l'application de l'hypnotisme au traitement des maladies mentales. *Congrès international de méd. de Moscou*, 1897.

[7] Forel. Quelques mots sur la nature et les indications de la thérapeutique suggestive. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1898, n° 12.

[8] Freiherr v. Schrenk. Notzing (de Munich). Psychothérapie, suggestion, thérapeutique suggestive. *Real Encyclopedie der Gesammten Heilkunde*, du prof. A. Eulenburg, 1898, p. 54.

[9] Séglas. Fait pour servir à l'histoire de la thérapeutique suggestive. *Arch. neurol.* 1885, vol. X, n° 30, p. 376.

[10] A. Cullerre. La thérapeutique suggestive et ses applications aux mal. nerv. et ment., à la chir., à l'obstét. et à la pédagogie. Paris, 1893.

tique est le réactif qui permet de révéler, au fond de tout état mental, les traces de la névrose hystérique : cela veut dire qu'il ne faut point bannir l'hypnotisme de la thérapeutique des maladies mentales, mais qu'il faut en réserver l'application aux manifestations psychiques hystériques, ou survenues à l'occasion de l'hystérie.

Si la suggestion hypnotique est d'un faible secours en pathologie mentale, à plus forte raison en est-il de même de l'autothérapie psychique par le recueillement. Cette pratique intéressante, dont Lévy[1] nous a donné récemment la technique, pourrait cependant rendre quelques services dans la convalescence de certaines maladies psychiques, lorsque le sujet devient capable de se recueillir, de prêter attention et de vouloir.

A côté de la suggestion hypnotique, il y a une autre forme de suggestion, que chaque jour le médecin trouve l'occasion d'appliquer : on fait de la suggestion en persuadant au mélancolique qu'il est souffrant et qu'il doit garder le lit ; on en fait encore en donnant à l'hypochondriaque l'assurance de l'efficacité absolue d'un médicament anodin ; le pouvoir suggestif du médecin dépend du degré de son autorité morale.

A cet égard, il est utile d'entrer dans quelques détails et de passer en revue les effets de la thérapeutique suggestive dans les divers groupes d'affections mentales.

Chez les idiots et les arriérés elle trouve son application. Dans la célèbre méthode de Séguin, le traitement moral de l'idiotie tenait une large place. « Le traitement moral, dit Séguin, c'est, dans ma méthode, ce qu'est le principe en toute chose, c'est le commencement et la fin, c'est toute la méthode, car tout est en lui, *a principio*[2] ». « Sans le traitement moral, l'hygiène est une superfluité ; ôtez le traitement moral, l'éducation est un non-sens, et tout progrès devient à l'instant impossible[3] ». Chez tous les idiots et tous les arriérés, les instincts tendent à prédominer aux dépens du sens moral et des facultés directrices. Il faut leur inculquer la notion du bien et du mal, réprimer leurs instincts et développer leur esprit d'initiative et de contrôle. L'éducation y réussit dans une certaine mesure ; Bourneville en a fait la preuve à Bicêtre, et des écoles d'idiots s'organisent peu à peu dans les grands centres[4].

Les déments de toutes catégories sont, eux aussi, susceptibles d'une rééducation morale. Esquirol a dit que l'idiot est un pauvre qui a toujours été pauvre, tandis que le dément est un pauvre qui fut riche. Il faut n'avoir pas vu certains déments se soumettre aux règles de propreté d'un service, tenir compte souvent des observations présentées avec bonté par un personnel

[1] P.-E. Lévy. Autothérapie psychique. Le recueillement, utilisation de l'élément affectif. *Presse médicale*, 8 oct. 1898, n° 83, p. 210.

[2] Ed. Séguin. *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés*, etc., Paris, 1846, p. 642.

[3] Ed. Séguin. *Loc. cit.*, p. 642.

[4] Une école d'idiotes a été installée depuis peu à l'asile de Bordeaux par les soins du Dr Pons.

intelligent, pour affirmer encore que le traitement moral est toujours sans action sur ces affaiblis.

Certains dégénérés à tendances perverses retirent aussi des avantages du traitement suggestif. L'orthopédie morale n'est pas toujours sans effet sur leurs perversions instinctives (Bérillon). On peut en dire autant de ceux chez lesquels prédominent les troubles de l'émotivité et de la volonté sous la forme d'impulsions et d'obsessions. Chez les délirants systématisés, on constate une tendance anormale à la suspicion et à la méfiance; ces malades acceptent d'abord avec réserve, les paroles du médecin et les interprètent mal; mais, peu à peu, à de très rares exceptions près, ils apprécient mieux les bons procédés de celui qui les traite et lui accordent leur confiance. Alors le médecin arrive à atténuer quelques sensations pénibles, à rectifier quelques interprétations erronées, en un mot, à améliorer la situation morale du malade s'il ne peut le guérir.

Dans la mélancolie, l'action morale du médecin est toujours utile, et parfois très efficace. Le mélancolique, affecté de dépression mentale douloureuse, souffre de son impuissance physique et morale. Le médecin, qu'il accueille d'abord avec indifférence et septicisme, arrive pourtant à gagner sa confiance et devient pour lui un confident et un appui; son intervention journalière est alors très utile : ses conseils, ses exhortations, ses encouragements ont souvent pour effet de rendre les idées de suicide moins actives, l'alimentation plus facile et le malade moins rebelle à l'exécution des prescriptions médicales.

C'est surtout au déclin de l'affection que cette intervention médicale est utile, quand le malade s'attarde encore sur une interprétation fausse, quand il commence à douter du bien fondé de son idée maladive. Le raisonnement, les démonstrations ont alors prise sur le cerveau qui tend à se ressaisir. C'est aussi le moment de provoquer la visite des personnes chères au malade; ces entrevues deviennent, si le médecin en mesure bien l'opportunité, une ressource thérapeutique précieuse.

C'est dans la confusion mentale que le traitement psychique a peut-être ses meilleurs effets. Le confusionnel, après être descendu profondément dans la déchéance physique et mentale, tend à se relever peu à peu, et il est au pouvoir du médecin d'aider à ce relèvement par une thérapeutique opportune. « Si, dans la période d'acuité de la maladie, dit Sauze [1], le traitement moral est impossible, il n'en est plus de même dans la période de déclin. Quand l'intelligence commence à fonctionner, quand arrivent les rémissions, il faut activer sans relâche les opérations cérébrales. On doit s'attacher à faire comprendre aux malades qu'ils sortent d'une maladie grave. »

Dans les délires toxiques et fébriles, la frayeur, chez le patient, est quelquefois extrême. Il faut s'appliquer à le rassurer, à lui faire entendre qu'il est en proie à des cauchemars pénibles, qu'il est le jouet d'hallucinations terrifiantes.

[1] Sauze. De la stupidité, de sa nature psychologique et de son traitement. *Th. de Paris*, 1852, reproduite dans *Études méd. psychol. sur la folie*. Paris, 1862.

Chez les toxicomanes (alcooliques, morphiniques, cocaïnomanes), surtout chez ceux qui le sont de longue date, la persuasion et les conseils produisent peu d'effets ; cependant, il n'en est pas toujours ainsi. Debove affirme avoir guéri de nombreux morphinomanes en « gagnant leur confiance par des conseils et des encouragements, en diminuant lentement et progressivement la dose de morphine ; enfin, en substituant en quelque sorte sa propre volonté à lá leur [1]. »

C. — Thérapeutique hygiénique.

L'hygiène joue un grand rôle dans le traitement des affections mentales, et ses règles essentielles devraient être respectées d'autant plus rigoureusement, dans nos asiles, que la population y est plus dense. C'est par des mesures d'hygiène générale que l'on peut prévenir les épidémies qui déciment trop souvent les établissements publics. Le choléra affectionne les asiles d'aliénés non seulement parce que les maladies mentales lui préparent le terrain, mais aussi parce que l'hygiène y est moins sévère. Il faut apporter un soin particulier à la désinfection méthodique des locaux et des égouts. Le soufre et la chaux sont d'un emploi commode et sûr. La bonne qualité des aliments et de l'eau est une des conditions hygiéniques capitales dans toute organisation hospitalière.

Les questions d'alimentation, de vêture, de toilette, ont une importance de premier ordre chez les individus affectés de troubles mentaux.

a. *Alimentation.* — A ces malades il faut une alimentation tonique et réparatrice, d'une digestion facile, riche en albumine et hydrocarbures. Cette alimentation doit être régulière, assurée au besoin par l'intervention médicale ; car, malgré le besoin qu'ils ont de nourriture, les malades refusent souvent de s'alimenter. Il ne faut jamais perdre un temps précieux et laisser à la dénutrition le temps de s'aggraver. Nous ne saurions insister assez sur l'intérêt thérapeutique qu'il y a à combattre, de bonne heure, la sitiophobie. La nourriture des malades alimentés par contrainte peut varier ; elle aura pour base le lait, les œufs, additionnés de poudres et jus de viande et de tous les produits toniques solubles. Pour boissons, il faut donner du vin ou de la bière en quantité modérée, restreindre l'usage de l'alcool même dans les potions ou sous forme de vins toniques. Les maniaques sont souvent tourmentés par la soif ; on leur donnera en abondance des boissons non fermentées, des tisanes, limonades, etc.

b. *Vêture.* — Les malades déprimés doivent être vêtus chaudement, car, chez eux, la température du corps s'abaisse. On veillera à ce qu'ils soient mis à l'abri des variations brusques de la température, leur pouvoir de réaction étant affaibli. Les maniaques ne sont pas moins sensibles à l'action des tem-

[1] Debove. La morphinomanie. *Presse médicale*, 1er fév. 1899, n° 9, 7e année, t. I, p. 51.

pératures extrêmes; ils se refroidissent avec une grande facilité et des complications pulmonaires graves en peuvent résulter.

La surveillance doit être d'autant plus rigoureuse que ces malades ont tendance à se dévêtir et à s'exposer aux intempéries. Le repos au lit, dans une salle convenablement chauffée, remédie aux périls qu'ils courent de ce chef, mieux encore que la cellule d'isolement et la camisole. Celle-ci ne peut en aucun cas remplacer un vêtement : elle gêne les fonctions respiratoires, surexcite le malade et peut devenir un danger si la fièvre survient; car, « tout malade fébricitant que l'on camisole, est un homme mort. » (Magnan [1]).

c. *Toilette.* — Il arrive que les malades sont trop troublés ou trop inconscients pour prendre soin de leur corps; il faut veiller à leurs ablutions quotidiennes, régulariser leurs évacuations en vue d'éviter le gâtisme. Quoiqu'on fasse, les déments, les paralytiques, les stupides finissent par devenir gâteux. Des soins de propreté devront être alors plus assidus; le jour, les malades seront placés sur des fauteuils percés et la nuit couchés sur des lits à trois paillasses qui reposent elles-mêmes sur un sommier très élastique au-dessous duquel un double plan incliné recueille les matières. Ce système de couchage est simple et hygiénique. Pour assurer sa propreté, il suffira d'organiser un service de paillasses de remplacement qu'on substituera tous les jours à celles qui ont été souillées. Le contenu de ces paillasses peut varier; on emploie indifféremment la paille de blé ou de maïs, la paille d'avoine ou le varech.

Avec une installation convenable et des soins minutieux, souvent on arrive à prévenir les inconvénients du décubitus prolongé; mais il n'est pas exact qu'on les puisse éviter toujours. Les eschares ne sont pas seulement le fait du décubitus; elles résultent de troubles trophiques contre lesquels nous ne pouvons rien.

D. — Thérapeutique physique.

a. *Hydrothérapie.* — Les pratiques hydrothérapiques figurent depuis longtemps dans la thérapeutique des affections mentales. Van Helmont[2], le fougueux Van Helmont, comme l'appelle Pinel, vantait les effets de l'immersion brusque, procédé brutal, comme la douche qui en dérive, du moins comme la douche spéciale qu'on dirigeait avec vigueur sur la tête des malades dans le but de les calmer en les domptant. De cette douche, il ne reste plus aujourd'hui que le souvenir. L'hydrothérapie n'est plus employée comme moyen de coercition, mais elle est souvent utilisée comme procédé de traitement. On a recours au drap mouillé, à la douche ou au bain.

Drap mouillé. — Il est d'une application facile dans tous les milieux et son action n'est pas sans énergie. La technique de cette application varie sui-

[1] Magnan. Cité par E. Blin. Traitement des états maniaques, in *Traité Robin*, 1898, p. 130 et *Leçons cliniques*, 1893, p. 418.

[2] Van Helmont. Cité par Pinel in *Traité sur l'alién. ment. ou la manie*, an IX, p. 276.

vant les résultats qu'on en attend. Le drap, mouillé d'eau très froide, appliqué sur le corps qu'on frictionne à travers le linge humide pendant quelques minutes, et remplacé ensuite par un drap sec dont le contact avec la peau provoque la réaction, est un stimulant du système nerveux et convient aux états mélancoliques. Si l'on veut, au contraire, obtenir une sédation et calmer, par exemple un état d'excitation maniaque, on procède de la façon suivante : on étend le malade sur le drap mouillé avec lequel on l'enveloppe, puis une double couverture de laine est roulée autour du corps. Au bout de quelques minutes une accalmie se produit. L'application peut être répétée plusieurs fois dans la même journée : cette répétition permet parfois d'obtenir une grande sédation (Beni-Barde et Materne [1]).

Aux applications multiples nous préférons toutefois l'enveloppement prolongé en ayant soin de faire boire le malade, de façon à provoquer une forte sudation. « Il est rare que, par ce procédé, on n'obtienne pas un bon résultat immédiat. » (Magnan) [2].

Douche. — La douche mobile et la douche en cercle sont souvent utilisées. La seconde s'administre plus aisément que la première aux malades indociles, mais il est bon de savoir qu'elle produit une réfrigération considérable contre laquelle quelques sujets réagissent péniblement. D'une manière générale, d'ailleurs, la douche froide, soit en jet mobile sous forme de lance, de colonne, d'éventail ou d'arrosoir, soit en cercle ou sous la pomme d'arrosoir, exerce une action excitante. Elle convient aux états mélancoliques, à la condition toutefois que l'état général de ces malades permette la réaction ; ce n'est pas le cas de ceux qui sont affectés de stupeur mélancolique ou confusionnelle, auxquels ne convient guère l'hydrothérapie à basse température. Chez les paralytiques généraux, on doit proscrire la douche en général, particulièrement la douche froide qui expose à la congestion cérébrale et peut précipiter la marche de la périencéphalite.

La douche tempérée à 32° ou 36° produit des effets sédatifs très manifestes. La *douche baveuse* de Vidal [3], quand on la dirige sur les côtés de la colonne vertébrale, pendant un temps qui peut varier entre trois et huit minutes, exerce (Beni-Barde [4]) une sédation suprenante sur l'excitabilité réflexe du système nerveux cérébro-spinal. Cette douche peut rendre des services dans les états maniaques, quand ils se prolongent ou tendent à verser dans la chronicité.

Bain. — Le bain de surprise ou l'immersion brusque dans l'eau froide fut, comme on l'a vu, préconisé par Van Helmont, qui le disait susceptible de guérir les aliénés en quelques minutes. D'une manière générale cependant, le bain froid n'a jamais joui d'une grande faveur; un médecin anglais du siècle

[1] Beni-Barde et Materne. *L'hydrothérapie dans les maladies chroniques et les mal. nerv.*, 1894. G. Masson. Paris, p. 43.

[2] Magnan. *Leç. clin.*, 1893, p. 419.

[3] Vidal. Cité par Beni-Barde et Materne, p. 56.

[4] Beni-Barde et Materne. *Loc. cit.*, p. 56.

dernier, Fériar[1], l'accusait de produire « en peu d'heures, des affections paralytiques ». Il faut, croyons-nous, en restreindre l'application au traitement des états maniaques ou mélancoliques, qui se compliquent de fièvre.

Les bains tièdes ont été employés par Pinel[2] et Esquirol[3]. Brierre de Boismont[4] leur attribuait, quand ils étaient prolongés, une action sédative puissante, dont tout le monde est aujourd'hui d'accord pour admettre la réalité.

L'eau d'un bain sédatif doit être maintenue à 34° centigrades ; le malade, dont la tête est sans cesse refroidie par un filet d'eau froide, y séjourne un temps variable selon le degré de l'excitation et l'état général[5]. Brierre de Boismont[6] prescrivait, dans toutes les formes aiguës, des bains de « 5, 6, 7, 8 heures et plus. » Boyer[7] conseille des bains permanents à 28° et interrompus seulement la nuit.

Il est certain que les malades, auxquels on n'a pas laissé le temps de s'épuiser et dont les organes fonctionnent bien, supportent parfaitement la balnéation prolongée ; certains maniaques très agités se calment dès qu'ils sont au bain. En tout cas, il ne faut jamais recourir à la contrainte pour les y maintenir. Boyer injecte du chlorhydrate d'hyoscine à ceux qui sont récalcitrants afin de paralyser leur résistance : cette pratique ne mérite pas d'être encouragée.

b. *Electrothérapie.* — On discute encore sur le point de savoir si les courants électriques, appliqués sur le crâne, pénètrent ou non dans la masse cérébrale. Sur la foi des expériences d'Erb et Burckhardt[8], cette pénétration a été d'abord admise ; puis, R. Vigouroux[9] est venu déclarer que, les électrodes étant placées sur la tête, les courants dirigés vers le cerveau s'arrêtent en réalité aux méninges ; le liquide arachnoïdien, le réseau vasculaire de la pie-mère étant d'excellents conducteurs, ces courants contournent le cerveau sans le traverser. Hare[10] est même allé jusqu'à soutenir que, les électrodes étant placées sur la peau qui recouvre le crâne, l'électricité se fraye un chemin à travers les tissus mous superficiels et ne dépasse pas la paroi crânienne. D'autre part, Sollier[11], expérimentant sur un sujet dont le cerveau était mis à découvert par une perte de substance de nature syphilitique

[1] Fériar. Cité par Pinel, *loc. cit.*, p. 274.

[2] Pinel. *Loc. cit.*, p. 275.

[3] Esquirol. *Mal. ment.*, t. II, p. 16.

[4] Brierre de Boismont. *Du suicide et de la folie suicide.* Paris, 1856.

[5] Thomsen. Hydrothérapie et Balnéothérapie dans les mal. ment. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, t. LV, f. 6, fév. 1899.

[6] Brierre de Boismont. *Loc, cit.*, p. 624.

[7] E. Boyer. De l'emploi des bains prolongés chez les aliénés. *Centralb. f. Nervenheilk.*, XXII, N. F. X, 1899.

[8] Erb et Burckhardt. Cités par Lecercle in *Traité élémentaire d'électricité médicale*, 2e partie, etc. Paris, Masson 1894 et C. Coulet à Montpellier, p. 131.

[9] R. Vigouroux. Cité par Lecercle, *loc. cit.*, note 1, p. 131.

[10] Hare. Cité par Herrick et *Therapeutic Gazette* de déc. 1893.

[11] Sollier. Action du courant électrique sur le cerveau. *Soc. fran. d'électrothér.*, séance de juillet 1895. — *Arch. d'électricité médicale.* etc., 1895, t. III, p. 327 et 328.

intéressant le frontal, a constaté que les courants galvaniques ou faradiques ne déterminent aucune modification du pouls cérébral. « Si donc, au point de vue thérapeutique, conclut-il[1], on devait compter sur le courant électrique pour modifier l'état de vascularisation du cerveau, je crois qu'on ferait fausse route. »

Mais, des expériences ingénieuses d'Herrick[2], il résulte, au contraire, que les courants électriques traversent le cerveau. Un chien étant trépané en deux points symétriques, Herrick dirige un courant au travers de la tête. Le galvanomètre marque 10 m. A. Si, à la place d'une des électrodes humides, il met une aiguille enfoncée jusqu'à la paroi crânienne, le galvanomètre n'indique plus que 5 m, A. : ce qui détruit déjà l'hypothèse de Hare; tandis que la déviation galvanométrique est de 7 m. A, si l'aiguille pénètre dans la substance cérébrale.

Quoi qu'il en soit, l'application de l'électricité autour du crâne a paru dans quelques cas d'affections mentales, notamment de mélancolie, donner des résultats encourageants.

Wichmann[3] et Eulenburg[4] ont cherché à démontrer que ces résultats n'étaient pas d'ailleurs, comme on eut pu le supposer, l'effet de la suggestion.

On peut recourir à la franklinisation et à la galvanisation. Elles ne demandent ni l'une ni l'autre d'installations considérables ou coûteuses. La franklinisation s'opère au moyen soit de la machine de Wimshurst, conseillée par R. Vigouroux[5], soit de la machine à cylindres amovibles décrite par Trouvé[6], ou de tout autre appareil du même genre. On peut employer le bain et le souffle électriques, qui sont des sédatifs; la friction et les étincelles, qui sont des excitants généraux. Benedickt[7] a traité avec succès par la douche électrique, un état maniaque; et Müller[8] relate un cas de manie et un cas de mélancolie, qui furent tous deux très influencés par le même procédé.

La galvanisation du cerveau nécessite quelques précautions. Les variations d'intensité de courant peuvent impressionner défavorablement l'organe cérébral. Il convient d'avoir recours au rhéostat de Bergonié[9], qui peut être à la rigueur remplacé par un appareil construit d'après le même principe, mais plus simple et dont on trouvera la description dans un travail de Bordier[10]. Le rhéostat permet de graduer l'intensité du courant. Les électrodes

[1] Sollier. Action du courant électrique sur le cerveau. *Soc. fran. d'électrothér.*, séance de juillet 1895. — *Arch. d'électricité médicale*, etc., 1895, t. III, p. 327 et 328.

[2] S. F. Herrick, d'Ottumwa, Jowa. Galvanisation du cerveau. *Arch. d'électr. médicale*, 1895, t. III, p. 28.

[3] Wichmann. Die Heilwirkung der E. bei Nerven Krankheiten. *Berl. klin. Wochenschrift*, 1893.

[4] Eulenburg. Électrothérapie und Suggestions therapie. *Berl. klin. Wochenschrift.*, 1892.

[5] R. Vigouroux. *Neurasthénie et arthritisme*. Paris, Maloine, 1893, p. 94.

[6] Trouvé. *Électrologie médicale*, Paris, 1893.

[7] Benedickt. Cité par Lecercle, *loc. cit.*, p. 145.

[8] C.-W. Müller. *Beiträge zur praktischen Electrotherapie*. — Et Lecercle, p. 145.

[9] Bergonié. Cité par Bordier, in : Sur quelques rhéostats médicaux. *Arch. d'électr. méd.*, 1895, t. III, p. 237.

[10] H. Bordier. Sur quelques rhéostats médicaux. *Arch. d'électr. méd.*, 1895, t. III, p. 239.

convenablement mouillées sont appliquées et fixées s'il est possible, directement contre la peau des régions temporales pour l'électrisation transversale, à l'occiput et au front pour l'électrisation longitudinale. L'intensité du courant doit varier avec la nature de la maladie que l'on traite. Il faut savoir que, d'après les expériences de A. Vigouroux[1], de Séglas[2], et de d'Arman[3], la résistance électrique est sensiblement augmentée dans la mélancolie. D'Arman donne comme chiffre de résistance initiale chez les mélancoliques $\mathcal{R}i = 77{,}883^{\omega}$; tandis que cette résistance après six miuutes d'application serait abaissé à $\mathcal{R}f = 25{,}777^{\omega}$. La résistance est également accrue dans la folie alcoolique ; elle est au contraire diminuée dans la manie.

Il est prudent de limiter au début l'intensité du courant à 1/2 m. A. et même de la ramener à 0 après dix secondes ; puis on peut l'élever après tâtonnements à 1 m. A., et même plus haut à 2,3 et 4 milliampères. La galvanisation ascendante conviendrait, d'après Lowenfeld[4], à l'anémie cérébrale ; la galvanisation descendante à l'hyperhémie. « Les résultats que l'on obtient par ces procédés dans le traitement des troubles psychiques et de la mélancolie seraient quelquefois surprenants. » (Lecercle[5]).

Il n'est pas impossible que les courants alternatifs à haute fréquence (autoconduction de d'Arsonval) soient appelés eux aussi à rendre quelque jour des services ; d'après Apostoli et Berlioz[6], ces courants auraient une influence puissante sur l'activité nutritive et, à ce titre, ils constitueraient une médication de premier ordre dans un grand nombre de troubles fonctionnels provoqués par un ralentissement ou une perversion de la nutrition. Benedickt[7] a fait des constatations analogues.

Jusqu'à présent toutefois on ne saurait affirmer que les courants de haute fréquence sont appelés à rendre des services dans la thérapeutique mentale. L'expérience, sur ce point, est à acquérir.

c. *Massothérapie.* — Le massage peut être employé concurremment avec l'électricité, et contribuer, avec celle-ci, à relever la nutrition, dans quelques états dépressifs. Le massage général, accélère le cours du sang et de la lymphe, favorise les échanges nutritifs, élève la température de la peau, produit des courants électriques dans les points massés, détermine des changements moléculaires dans le système nerveux central. Son efficacité, dans la neuras-

[1] A. Vigouroux. Étude sur la résistance électrique chez les mélancoliques. *Th. de Paris*. 1890.

[2] Séglas. *Soc. méd. psychol.*, juillet 1890.

[3] D. d'Arman. *La conductibilité électrique du corps humain chez les aliénés et chez les sains d'esprit; sa valeur pratique pour l'électro-diagnostic et l'électrothérapie*, in-8°, VIII, 380 p. Venise. 1894.

[4] Löwenfeld. Cité par Lecercle, *loc. cit.*, p. 135.

[5] Lecercle. *Loc. cit.*, p. 106.

[6] Apostoli et Berlioz. Note sur l'action thérap. générale des courants alternatifs à haute fréquence (autoconduction de d'Arsonval). *Arch. d'élect. méd.*, 1895, t. III, p. 139.

[7] Benedickt (Vienne). L'arsonvalisation dans la médecine. *Wien. med. Woch.*, 1899, n° 5.

thénie, l'hystérie et la paralysie agitante, n'est pas douteuse. Massy[1] soutient que la massothérapie peut être de quelque secours dans le traitement de la paralysie générale. En tout cas, si elle n'a pas encore rendu de grands services dans la thérapeutique des maladies mentales en général, c'est qu'on n'a pas jusqu'à présent sérieusement fait appel à son concours.

E. — La thérapeutique chirurgicale.

a. *Petite chirurgie.* — Il y a d'abord ce qu'on pourrait appeler la petite chirurgie des maladies mentales ; car, il nous semble légitime de réunir sous cette dénomination les petites interventions qui, tous les jours, se pratiquent dans les divers services, soit dans un but thérapeutique, soit pour assurer le jeu d'une fonction enrayée par la maladie.

Les troubles mentaux rendent souvent difficile l'administration d'un médicament par la voie gastrique. La voie hypodermique doit être préférée alors même qu'elle n'est pas la seule utilisable. Elle offre des garanties particulières au point de vue de la régularité de la médication. La morphine, l'hyoscine, la quinine, la caféine, les glycérophosphates doivent être introduits par cette voie, de même que les sucs organiques et le sérum artificiel. On se sert généralement de la seringue stérilisable de Roux, et les régions de choix, pour les injections de sucs organiques ou de sérum artificiel, sont les régions fessières, rétrotrochantériennes, la région externe de la cuisse et la région interscapulaire. A l'injection sous-cutanée, il faudra préférer, dans les cas graves, l'injection intraveineuse. Une aiguille canule (de Dieulafoy) est introduite dans la veine céphalique, dirigée dans le sens du courant sanguin et mise en communication avec un appareil injecteur dont la position est calculée de telle manière qu'il s'écoule environ 50 centimètres cubes par minute. Il faut éviter toute manœuvre susceptible de faire pénétrer de l'air dans les veines ; c'est d'ailleurs le seul danger de l'opération. Au surplus, cette intervention nécessite les mêmes précautions que la saignée dont le manuel opératoire est trop connu pour qu'il soit utile de le rappeler ici. Nous pourrions en dire autant de la transfusion du sang, du cathétérisme de l'urèthre si fréquemment utile contre les rétentions urinaires d'origine cérébrale.

Une opération qu'on est appelé à pratiquer avec une fréquence particulière est le cathétérisme de l'estomac par la voie naso-pharyngienne. On connaît l'utilité de cette intervention, qui a pour but l'alimentation forcée de malades sitiophobes.

L'*alimentation forcée* trouve son indication dans un grand nombre d'états mentaux. Sous l'influence d'idées délirantes d'empoisonnement et de négation, par le fait d'une dépression mentale profonde, les malades renoncent à s'alimenter et mettent quelquefois dans leur refus, une obstination extraordinaire. Or, l'insuffisance de l'alimentation est un écueil dangereux au cours

[1] Massy. *Étude sur l'emploi du massage dans les maladies nerveuses*, 1894. G. Masson, édit. Paris.

des maladies mentales; il expose les malades à la dénutrition dont les conséquences sont désastreuses pour le fonctionnement psychique. En présence d'un malade qui ne sait ou ne veut s'alimenter, il ne faut point perdre un temps précieux. L'action morale s'exercera tout d'abord et l'on s'efforcera par la persuasion d'obtenir une alimentation convenable. En aucun cas, il ne faut se tenir pour satisfait lorsqu'on a obtenu un simulacre de repas ; car, c'est de cette façon que les malades s'acheminent plus lentement peut-être, mais aussi plus sûrement vers la déchéance physique avec ses funestes conséquences. Il faut donc intervenir de bonne heure; car, de l'intervention précoce dépend le succès et les adversaires [1] de l'alimentation forcée désarmeront le jour où ils seront pénétrés de cette vérité.

La résolution d'alimenter un malade malgré lui, une fois prise, il faut faire choix des moyens, car l'alimentation a été pratiquée et se pratique encore de diverses manières. Pussin [2], l'aide de Pinel, se servait d'un biberon à bec. Esquirol le premier conseilla l'emploi d'une sonde « en gomme élastique, introduite par les narines dans l'œsophage pour ingérer les liquides nutritifs dans l'estomac ». Delasiauve était d'avis que la sonde devait être maintenue à demeure toutes les fois que le malade s'opposait à son introduction; de légers mouvements devaient suffire à prévenir les adhérences. La sonde d'Esquirol était rigide et les inconvénients de cette rigidité étaient assez graves pour occasionner des fausses routes mortelles comme il arriva à Esquirol lui-même. Baillarger imagina une sonde ingénieuse, qui fut longtemps en honneur : elle était très flexible, mais un système de mandrins lui donnait une rigidité suffisante pour faciliter l'introduction. Ses seuls défauts étaient d'être compliquée, fragile et coûteuse. La sonde de Blanche était un peu plus simple mais plus dangereuse ; les modifications apportées par Marchant, Falret et Cotard ne pouvaient supprimer les inconvénients qui provenaient de sa composition. En effet, les sondes employées avaient le défaut d'être en gomme élastique, de s'écailler rapidement et d'ulcérer les muqueuses.

Faucher et Debove, en pratiquant le lavage de l'estomac avec des tubes de caoutchouc, firent faire un progrès marqué à la technique de l'alimentation forcée. On s'empressa d'adopter pour le cathétérisme de l'estomac la sonde molle. Régis [3] montra le profit qu'on en pouvait tirer pour l'alimentation et le lavage de l'estomac. Targowla [4] présenta à la société médico-psychologique un modèle analogue à celui que Régis avait décrit. Une sonde quelconque peut être d'ailleurs utilisée pourvu qu'elle soit en caoutchouc, assez longue et demi molle. Celle dont nous nous servons journellement mesure 50 centimètres ; son diamètre est de 8 millimètres environ, son calibre interne de 3 millimètres; ce qui veut dire que ses parois sont épaisses ; elles lui donnent une rigidité suffisante pour rendre l'introduction possible sans le secours d'un

[1] Siemens. *Arch. f. Psych.*, XIV, 1879.

[2] Pussin. Cité par Lautier.

[3] Régis. *Traitement de la sitiophobie des aliénés*, 1886.

[4] Targowla. *Communicat. à la société méd. psych.*, 1891. Séance du 25 mai in *Ann. méd. psych.*, t. XIV, p. 145.

mandrin. Une des extrémités de la sonde, celle qui doit venir en contact avec l'estomac, est fermée, arrondie, plus rigide sur une étendue de 4 centimètres environ, qui mesure la distance de cette extrémité à l'œil ouvert permettant le passage des liquides alimentaires. On entrevoit les avantages de cette disposition qui permet à la sonde d'avancer dans l'œsophage sans être obstruée



Fig. 213.
Alimentation par la sonde.

chemin faisant. L'autre extrémité de la sonde est évasée et peut s'aboucher avec une canule par où arrivent les liquides alimentaires. Tel est l'instrument : voyons la manière de l'introduire dans l'estomac. La voie naso-œsophagienne fut indiquée par Esquirol ; c'est encore celle qui doit être choisie et il n'est pas besoin d'arguments nouveaux [1] pour démontrer la légitimité de ce choix. Il faut n'avoir pas vu cathétériser un malade indocile par la voie bucco-pharyngienne pour préférer cette dernière. Le cathétérisme naso-pharyngien s'effectue en deux temps : le premier conduit la sonde de l'orifice des narines jusqu'au niveau du plancher de la bouche ; si le malade est alité, l'opérateur trouvera avantage à se placer à sa droite. Du bras gauche enveloppant la tête, il la fixe avec la main appuyée sur le menton ; il maintient la bouche fermée et s'applique à percevoir les mouvements de déglutition, pendant que de la main droite, tenant, comme une plume à écrire, la sonde convenablement stérilisée, il l'introduit dans la narine et la fait pénétrer dans l'arrière-cavité du pharynx. Après un petit temps d'arrêt, on appuie légèrement sur la sonde, on essaie de provoquer un mouvement de déglutition et, à sa faveur, on pénètre

[1] Harris-Liston. Alimentation artificielle des aliénés. *British med. Journal*, 1891, fév. 1897.

dans l'œsophage. Avec un peu d'expérience le cathétérisme s'opère sans aucune difficulté.

Dans quelques cas rares, on se heurte à des obstacles qui peuvent provenir d'une conformation spéciale de l'arrière-cavité du pharynx ou d'un rétrécissement de l'orifice supérieur de l'œsophage. Habituellement, ce sont les spasmes de l'œsophage et de l'estomac qui opposent de réelles difficultés au second temps de l'opération. Si un spasme survient au moment où la sonde arrive à l'orifice supérieur du canal œsophagien, elle se trouve rejetée dans la bouche ou dans les voies aériennes. La pénétration dans les voies aériennes expose à l'asphyxie ; il faut donc à tout prix l'éviter. Cette pénétration est dénoncée par une gêne respiratoire considérable, par la raucité de la voix, par la cyanose rapide. Il faut bien observer ces symptômes et ne point trop compter sur les autres signes de fausse route dont la valeur est douteuse et dont la recherche donne au malade le temps de s'asphyxier. Assez souvent, quand la sonde a pénétré dans l'œsophage et est arrivée dans l'estomac, celui-ci se contracte et la refoule dans la bouche. Ces contractions spasmodiques constituent le plus sérieux obstacle au cathétérisme naso-œsophagien par les sondes demi-molles. Le meilleur moyen de le surmonter est d'arrêter le mouvement d'introduction de la sonde avant que son extrémité vienne se mettre en contact avec l'estomac. Nous avons depuis longtemps reconnu les avantages de cette pratique et noté la facilité de pénétration des liquides dans la cavité stomacale à l'aide de ce cathétérisme incomplet. Nous sommes heureux de voir ériger cette pratique en méthode d'insufflation de l'estomac et d'alimentation forcée par la médecine d'outre-Rhin [1]. Le spasme œsophagien peut être efficacement combattu par la cocaïne et le menthol tenus en suspension dans la vaseline dont on enduit l'extrémité de la sonde. Si, malgré tout, l'introduction de la sonde dans l'œsophage est impossible, il faut recourir au cathétérisme par la voie buccale à l'aide d'une sonde plus volumineuse et plus rigide dont le refoulement n'est pas possible.

Le cathétérisme de l'estomac une fois pratiqué, il reste à y introduire les liquides alimentaires. Pour cela il est nécessaire de disposer d'une certaine pression qu'on obtenait autrefois en se servant de seringues volumineuses empruntées à la médecine vétérinaire. Ces seringues ne doivent plus figurer, dans l'arsenal de nos services, qu'à titre de curiosités. L'irrigateur (système Eguisier) est très répandu pour le même usage ; il ne mérite pas cette faveur, car c'est un instrument capricieux et malpropre. Restent l'entonnoir et le laveur, tous deux utilisables. Nous employons un appareil très simple que la figure 213 nous dispense de décrire longuement. Une poire de Politzer comprime de l'air dans un flacon fermé par un bouchon de caoutchouc percé pour recevoir deux tubes, dont l'un très court laisse passer l'air comprimé, l'autre, de la longueur du flacon, livre passage aux liquides expulsés par la compres-

[1] P. Fürbringer, G. Kronig, Hellendall. Insufflation de l'estomac et alimentation des malades au moyen d'une sonde introduite dans la partie supérieure de l'œsophage. *Semaine médicale*, 19e année, n° 48, 11 nov. 1899, art. *Médecine pratique*, p. 381.

sion. Cette compression peut être graduée ou brusquement interrompue. Le tout est d'un maniement commode et d'un entretien facile.

On se propose quelquefois en cathétérisant l'estomac de procéder au lavage de cet organe. On sait que les troubles gastriques jouent un rôle considérable dans les maladies mentales ; les produits toxiques qui séjournent dans la cavité stomacale sont des causes d'auto-intoxication contre lesquelles le



Fig. 214.
Alimentation par la sonde (alimentation forcée).

lavage a son utilité. Rien n'est plus facile que de pratiquer ce dernier en adaptant un tube de caoutchouc de longueur suffisante à la sonde introduite par la voie naso-œsophagienne.

b. *Grande chirurgie.* — La grande chirurgie, si envahissante depuis quelques années, hésite à s'attaquer directement aux cerveaux atteints de psychopathies. On a bien essayé de trépaner systématiquement des aliénés comme on avait trépané, sans succès d'ailleurs, des épileptiques. Lannelongue a pratiqué et on pratique encore la craniectomie pour traiter l'idiotie microcépha-

lique que l'on supposait due à la compression du cerveau par une boite cranienne prématurément suturée. Les premiers résultats furent même encourageants. Il faut renoncer à cette intervention, qui n'a plus sa raison d'être depuis que Bourneville a démontré, pièces en mains, que le développement du crâne est commandé par celui du cerveau. Le cerveau des idiots microcéphales cesserait de se développer, au dire de Cunningham (de Dublin)[1], à compter du quatrième mois de la vie intra-utérine. D'ailleurs, les succès de la première heure se sont changés en insuccès et Blanc[2], entre autres, a avoué que les améliorations qu'il avait signalées après l'opération, ne se sont pas maintenues. La craniectomie d'ailleurs, si elle est inutile, n'est point toujours, comme on le dit généralement, une opération inoffensive, et nous l'avons vue entraîner la mort. On a tenté aussi, sans succès d'ailleurs, la trépanation et la ponction vertébrale dans la paralysie générale[3]. Ces essais, qui ne répondent à aucune indication, ne méritent pas d'être encouragés. Il nous semble plus légitime d'intervenir quand les troubles mentaux relèvent d'un traumatisme cranien, ou d'un accroissement de la pression intra-crânienne produit par une tumeur. Pour ces cas, il n'est pas impossible que la craniectomie rende quelquefois des services (Biagi)[4].

Il nous resterait à parler des interventions chirurgicales dirigées contre les affections organiques soupçonnées, à tort ou à raison, d'avoir une influence sur les troubles mentaux. Les lésions de l'appareil génital de la femme, par exemple, ne sont certes pas favorables au bon fonctionnement psychique, et il est tout indiqué, quand elles existent, de leur appliquer le traitement qui leur convient. Piéchaud[5] à Bordeaux, Febvré et Picqué[6] à Ville-Evrard n'ont eu qu'à se louer de cette règle de conduite. Hâtons-nous d'ajouter d'ailleurs qu'il ne nous paraît nullement démontré que ces affections soient des causes véritables de psychopathies. Il nous semble superflu d'ajouter que l'hystérectomie et la clitoridectomie doivent être rejetées en tant qu'opérations susceptibles de modifier des troubles mentaux qu'on relierait indûment à une cause génitale.

F. — Thérapeutique médicamenteuse.

Disons tout de suite qu'il n'y a point de médicament spécifique des psychopathies depuis que l'ellébore a été détrôné. L'opium a bien été considéré

[1] Cunningham (de Dublin). Cité par Blanc in *Résultats étoignés*, etc.

[2] Blanc (de Saint-Étienne). Résultats éloignés de la craniectomie dans l'idiotie microcéphalique. *La Loire médicale*, 17e année, n° 12, 15 déc. 1898, p. 322.

[3] John Turner. Du trépan et de la ponction vertébrale dans la paralysie générale. *British med. Journ.*, 2 mai 1896.

[4] E. Biagi. Della craniectomia nella psicosi post traumatiche. *Il policlinico*, an V, vol. V, G. fasc. 13, p. 565, déc. 1898.

[5] I. Piéchaud. Interventions chirurgicales chez les aliénés. Congrès de Bordeaux, 1895, *Comptes rendus*, vol. II, p. 462, 1896.

[6] Febvré et Picqué. Du rôle de l'hygiène et de la gynécologie dans les services de femmes aliénées. *Congrès des alién. et neurol.*, Xe session, Marseille, avril 1899. — *Arch. neurol.*, vol. VIII, 2e série, 1899, n° 43, p. 60.

dans ces dernières années comme un agent curatif puissant, et, de fait, la médication opiacée rend des services sinon dans toutes les maladies mentales tout au moins dans l'une d'elles : la mélancolie. Schüle[1] a dit de l'*opium* qu'il est le roi des médicaments chez les mélancoliques. Il ajoute que le secret de la thérapeutique par l'opium est dans l'emploi méthodique de ce médicament. A. Voisin en avait aussi vanté les bons effets dans presque toutes les affections mentales. L'expérience a prouvé qu'il faut à peu près le réserver pour la mélancolie. On administre soit l'extrait d'opium, soit le laudanum, ou mieux encore le chlorhydrate de morphine en injections sous-cutanées, mais toujours à des doses progressivement croissantes. On peut atteindre la dose de 50 centigrammes d'extrait d'opium, après avoir débuté par 5 centigrammes. Quant au laudanum on va jusqu'à 150 gouttes par vingt-quatre heures. Les doses de chlorhydrate de morphine ont pu être élevées jusqu'à 50 centigrammes. Chacun de ces produits trouve, suivant les cas, ses indications. L'opium agit vraisemblablement sur le cerveau des mélancoliques, en l'hyperhémiant ; toujours est-il qu'il diminue l'anxiété, qu'il atténue les hallucinations et combat l'insomnie. Il provoque parfois des vomissements qui sont un obstacle au traitement et favorise quelquefois la constipation, mais, particularité curieuse, notablement moins que chez les sujets bien portants (G. Ballet) ou atteints d'une autre affection.

L'opium excepté, tous les médicaments usités en thérapeutique mentale répondent simplement à des indications symptomatiques.

a) *Toniques du système nerveux.* — Les préparations vulgairement considérées comme toniques du système nerveux sont les préparations de fer, de phosphore et d'arsenic, auxquels il faut ajouter le vanadium. Les eaux ferrugineuses, le carbonate et le lactate, surtout le protoxalate de fer, sont employés avec succès. Il existe de nombreuses préparations de phosphore. On emploie de préférence le phosphate de soude ou les glycéro-phosphates en injections sous-cutanées ou par la voie gastrique. Voici, pour chacun de ces médicaments, une formule d'injection hypodermique :

Phosphate de soude chimiq. pur	5 gr.
Sulfate de soude — —	10 —
Eau distillée.	50 cm³

Une seringue de Pravaz contient 10 centigrammes de phosphate de soude.

Glycérophosphate de chaux . . .	5 gr.
Eau distillée.	50 cm³

Une seringue de Pravaz contient 10 centigrammes de glycérophosphate.

L'arsenic est avantageusement administré sous forme de liqueur de Fowler par la voie gastrique ou sous-cutanée. L'acide cacodylique, le cacodylate de soude sont des médicaments précieux, qui rendent quotidiennement des services dans le traitement des états dépressifs. Il en est de même de la lécithine. Le meilleur mode d'administration consiste à injecter pendant huit jours consécutifs un centimètre cube des solutions suivantes :

[1] Schüle. *Traité clinique des mal. ment.* Traduction Dagonet et Duhamel, 1888, p. 37.

1°	Cacodylate de soude	6 gr. 40
	Eau bouillie	100 c. c.
	Solution phéniquée au dixième	VI gouttes.
2°	Lécithine pure	1 gramme.
	Huile d'olives stérilisée	10 —

Un centimètre cube de ces solutions représente donc 5 centigrammes de cacodylate de soude ou 10 centigrammes de lécithine. Il convient de laisser, entre chaque série de huit injections, un intervalle de huit jours de repos.

Aux préparations de fer, de phosphore, d'arsenic et de vanadium, il convient de joindre le quinquina et la kola.

La caféine et la digitale relèvent et régularisent la pression artérielle ; à ce titre elles sont des toniques du système nerveux. Kiernan[1] a vanté les bons effets du quebracho qu'il dit capable d'améliorer la mélancolie en exerçant une action inhibitoire sur l'innervation cardiaque et respiratoire.

Dans les cas d'anémie grave du cerveau, le sérum artificiel en injections sous-cutanées ou intra-veineuses est indiqué. On pourra se servir du sérum d'Hayem dont voici la formule :

Chlorure de sodium pur	5 grammes.
Sulfate de soude pur	10 —
Eau distillée bouillie	1000 —

Injecter à la température de 38° centigrades.

Dans les psychoses d'origine toxique, dans la confusion mentale en particulier, Séglas[2] et plus récemment de Bœck[3] ont conseillé de recourir à ces injections de sérum. De Bœck emploie la solution physiologique de chlorure de sodium à 7,5 p. 1000.

b) *Médicaments sédatifs et hypnotiques.* — Les médicaments sédatifs du système nerveux sont en même temps, avec une fidélité variable, des médicaments hypnotiques. Leur nombre s'accroît tous les jours et, dans ces dernières années, la thérapeutique hypnotique s'est enrichie de nombreux produits parmi lesquels il faut faire un choix.

Le *chloral* est un des plus anciens et des plus fidèles hypnotiques. Par la voie gastrique ou par la voie rectale, il agit sûrement sans qu'il soit nécessaire de dépasser la dose de 3 grammes. Mais, il n'est malheureusement pas sans inconvénients. Il exerce sur le cœur une action dépressive incontestable, d'autant plus dangereuse que la fonction cardiaque est déjà, chez l'aliéné, éprouvée par l'agitation que l'on veut combattre. En outre, il impressionne défavorablement la cellule nerveuse : la démonstration expérimentale en a été faite comme pour le bromure de potassium[4]. Malgré tout, le chloral a rendu et rend

[1] G. Kiernan. Le quebracho dans la mélancolie et les états de stupeur. *The alienist and neurologist*, avril 1896.

[2] Séglas. Cité par Ph. Chaslin in Traité Robin, p. 95.

[3] De Boeck. Des injections de sérum artificiel chez les aliénés. *Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1898, n° 89.

[4] Ernesto Crisafulli (de Naples). Le alterazioni degli elementi nervosi consecutive a

encore trop de services pour qu'on puisse songer à le rayer de la thérapeutique mentale.

Le *bromure de potassium* est, lui aussi, un sédatif. On l'associe avantageusement au chloral. « L'association de ces deux médicaments, dit Magnan[1], produit des résultats que l'on n'obtient pas par leur administration séparée. » Le bromure de potassium est administré le jour à la dose de 5 grammes, par moitié avant les deux principaux repas ; 2 grammes de chloral suffisent alors pour amener le sommeil.

Le *bromidia* est une excellente préparation hypnotique dans laquelle le bromure de potassium et le chloral se trouvent très heureusement associés à l'hyosciamine et à la cannabine. Voici d'ailleurs sa formule :

Chloral hydraté	20 grammes.
Bromure de potassium.	20 —
Extrait de jusquiame	20 centigrammes.
Extrait de chanvre indien.	20 —
Eau distillée.	100 grammes.

A prendre par cuillerées à café toutes les heures jusqu'à production du sommeil.

En ce qui concerne les produits plus ou moins dérivés du chloral, « on n'a affaire en réalité, dit Dupré[2], qu'à l'élément chloral ». « J'ai étudié comparativement sur l'animal et sur l'homme, dit Bardet[3], le *chloralamide*, le *chloral ammonium*, le *chloralose*, le somnal, l'ural ou chloraluréthane. Je n'ai véritablement pas pu trouver une action différente de celle du chloral hydraté. »

Le *chlorobromol*, association de chlorure, de bromure de potassium et de chloral, l'*hypnal* ou combinaison de choral et d'antipyrine, méritent une mention spéciale. Ce dernier produit, au dire de Blainville[4], qui l'a bien étudié, est capable de rendre des services supérieurs à ceux du chloral. Il s'emploie à la dose de 1 ou 2 grammes mais on peut en élever considérablement les doses sans courir aucun risque.

Le *sulfonal* est un hypnotique de premier ordre. A la dose de 1 gramme qu'on peut sans inconvénient porter à 2 grammes, il donne un sommeil calme auquel ne succède pas cet état de prostration pénible qui s'observe après le sommeil chloralique. Mabon[5], Marti Julia[6], Ruschervegh[7], W. R. Watson[8] en

l'amninistrazione di varie dosi di bromuro di potassio; ricerche sperimentali-istologiche. *Annali di Nevrologia*, 1898, fasc. IV-V, p. 257-275.

[1] Magnan. *Leç. clin.*, 1893, p. 419.

[2] Dupré (de Paris). *Aide-mémoire de thérapeutique et de pharmacologie*. Art. Chloral, p. 31.

[3] Bardet. Cité par Dupré, p. 31.

[4] Blainville. Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de l'hypnal. *Th. de Paris*, 1898, 56 p., chez Steinheil.

[5] W. Mabon. Usage du sulfonal dans la folie. *Ann. méd. psych.*, 1891, t. XIV, p. 318.

[6] Marti Julia. Le sulfonal. *Gaceta Saintaria de Barcelona*, nov.-déc., 1888.

[7] Ruschervegh. Mode d'administration et effets du sulfonal. *Neurolog. Centralb.*, nov. 1888.

[8] W.-R. Watson. Notes sur l'emploi du sulfonal. *Mental Science*, juillet 1889.

ont, tour à tour, vanté les bons effets que nous sommes nous-même en mesure de garantir.

On a reproché au sulfonal d'occasionner des troubles gastriques, de la céphalalgie, du coma et des troubles moteurs. Knaggs[1] et Bresslauer[2] de Vienne ont publié, l'un un cas, l'autre cinq cas mortels d'intoxication par le sulfonal. Les signes de l'intoxication seraient un état soporeux avec respiration lente et sueurs profuses. Malgré ces accidents, rares en somme, et dont la proportion ne nous paraît pas supérieure à celle des accidents imputables à tous les médicaments actifs, nous pensons que le sulfonal doit garder sa place parmi les meilleurs médicaments hypnotiques. Étant insoluble, on l'administre en cachets. On peut le prescrire en suspension dans une potion gommeuse :

Sulfonal finement pulvérisé	6	grammes.
Gomme	6	—
Sucre	6	—
Eau distillée	60	—

Une cuillère à café contient 0 gr. 50 de sulfonal (Régis).

La *paraldéhyde* a quelques-uns des avantages du sulfonal sans en avoir les inconvénients. C'est un hypnotique mais un hypnotique infidèle. En revanche, il ne trouble ni les fonctions cardiaques comme le chloral, ni les fonctions gastriques comme le sulfonal. La paraldéhyde peut être administrée en potion ou en injection hypodermique. Voici une formule de l'une et de l'autre :

Paraldéhyde. . . . . . 2 à 4 grammes.	Paraldéhyde . . . . 50 grammes.
Eau de fleurs d'oranger } ãã 30 —	Essence de menthe . . . . X gouttes.
Hydrate de menthe . . }	Huile d'olive, Q. S. pour faire 100 c. c.
Sirop de gomme . . . . . 25 —	1 à 5 cent. cubes comme hypnotique.

Le *trional* nous paraît être un bon succédané du sulfonal dont il n'offre point les dangers. C'est un hypnotique très employé en ce moment et dont on vante de tous côtés les bons résultats. Villers[3] y a eu recours pour combattre l'insomnie des déments séniles. Il a vu le sommeil se produire quatre heures au plus après l'administration de 50 centigrammes ou 1 gramme du médicament, dans du lait chaud. De son côté, Ruhemann[4] considère le trional comme un médicament inoffensif dont l'usage peut être longtemps continué. Il affirme que l'on peut augmenter l'activité du trional en le faisant prendre dans une grande quantité de liquide aussi chaud que possible. La dose de 2 grammes ou 3 grammes est suffisante pour produire le sommeil même chez les aliénés. Comme le sulfonal, le trional doit être pris quatre heures environ avant l'heure

[1] Knaggs. *Brit. med. Journ.*, 15 oct. 1890.

[2] Bresslauer. *Wien. med. Blätter*, 1891, n° 1.

[3] Villers. Contribution à l'emploi du trional. *Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique*, sept. 1896.

[4] L. Ruhemann. Quelques remarques sur les applications du trional. *Journ. de Neur.*, 1896, n° 14.

fixée pour le sommeil. On trouvera avantage dans quelques cas, dit Ruhemann, à l'associer à la morphine et à l'antipyrine.

Méthylal. — On ne s'est pas mis d'accord sur l'efficacité de ce médicament. Boubila et Hadjès[1] lui accordent une valeur hypnotique que Marandon de Montyel[2] lui a contestée avec des preuves à l'appui. Il paraît certain en tout cas qu'il exerce comme le chloral une action dépressive sur le cœur, et, comme il n'est pas démontré qu'il ait sur le chloral une réelle supériorité, il y a lieu de ne l'employer qu'avec réserve.

Tribromure de salol. — Nous n'en parlerons que pour mémoire. Il jouit d'une action narcotique signalée par Rosenberg et Dassonville[3], vérifiée par Viallon[4]. Mais cette action est très inconstante, presque nulle en présence des états d'agitation violente.

Camphre monobromé. — On en pourrait dire autant du camphre monobromé dont l'action sédative, affirmée par les expériences de Bourneville et Lawson[5], est tellement infidèle que quelques auteurs et notamment Oinhart[6] ont pu considérer le médicament comme doué de propriétés excitantes.

Chlorhydrate d'hyoscine. — Il est « en quelque sorte, le spécifique du syndrome : agitation » (Magnan[7]). Nous avons tous les jours l'occasion de vérifier son efficacité. Voici la solution dont nous nous servons :

Chlorhydrate d'hyoscine	1 centigramme.
Eau distillée de laurier cerise.	10 centim. cubes.

Une seringue de Pravaz contient un milligramme de chlorhydrate d'hyoscine.

Un quart d'heure environ après l'administration de cette dose de 1 milligramme par laquelle il n'y a aucun inconvénient à commencer, le malade le plus agité se calme et demeure de quatre à six heures en état d'accalmie ou de sommeil. Empressons-nous de dire que le médicament ne paraît exercer aucune action curative ni même substitutive comme on l'a dit à tort. Mais on peut affirmer aussi qu'il ne produit aucun effet nuisible. La faveur dont jouit le chlorhydrate d'hyoscine à titre de médicament calmant, nous semble donc de tous points légitime.

[1] Boubila et Hadjès. Cités par Lallier, *loc. cit. Ann. méd. psych.*, 1895, t. II, p. 401.

[2] Marandon de Montyel. Voyez *France médicale*, etc. Du méthylal chez les aliénés et de son action comparative avec le chloral. *Ann. méd. psychol.*, 1891, t. XIV, p. 234 et 401. Cité par Lallier.

[3] Rosenberg et Dassonville. Cités par Viallon, ci-après, p. 231.

[4] Viallon. Le tribromure de salol, sa valeur comme hypnotique chez les aliénés. *Ann. médic. psych.*, 1899, 57e année, t. IX, p. 229.

[5] Bourneville et Lawson. Cité par G. Maurange, *Gaz. hebd.*, n° 40. In Camphre monobromé au bromure de camphre.

[6] Oinhart. Cité par G. Maurange, *loc. cit.*

[7] Magnan. *Leç. clin.*, p. 420.

Sulfate de duboisine. — Demeuré longtemps entre les mains des oculistes, le sulfate de duboisine est entré depuis peu dans la thérapeutique hypnotique. Il s'y est fait rapidement une place importante. Belmondo[1] lui a consacré un important travail que Séglas[2] nous a fait connaître et dont les conclusions peuvent se résumer ainsi : le sulfate de duboisine est un hypnotique aussi puissant que le chloral et le chlorhydrate d'hyoscine. Il agit avec la même sûreté et plus de rapidité. On en peut prolonger l'administration sans danger d'accoutumance ou d'intoxication. Ce sont là, on en conviendra, des qualités de premier ordre reconnues par Mendel[3] et par Marandon de Montyel[4]. La duboisine, dit Marandon de Montyel qui a expérimenté le produit sur une grande échelle, s'est « révélée un merveilleux sédatif capable d'apaiser toujours et dans tous les cas, l'agitation maniaque et lypémaniaque, soit vésanique, soit paralytique. » Sa contre-indication principale est la dénutrition qu'il favorise[5]. De son côté, Bocquillon-Limousin[6] affirme « que le sulfate de duboisine, employé en injections hypodermiques, est un calmant et un hypnotique puissant dans les affections mentales accompagnées d'excitation et d'insomnie. » Malheureusement les expériences de Luigi Scahia[7] sont venues mettre des ombres sur ce tableau si séduisant. Scahia affirmait naguère que la duboisine a une action hypnotique inférieure à celle du chloral, du trional, du sulfonal, etc., et que de plus elle offre tous les inconvénients des dérivés de l'hyoscyamine, sans compter ceux qui lui sont propres.

Le sulfate de duboisine a été administré par Marandon de Montyel en injections hypodermiques à la dose de 2 milligrammes au minimum à 4 milligrammes au maximum. Ce mode d'administration assurerait la sédation et préviendrait l'accoutumance. Scahia fixe des doses beaucoup plus élevées : 4 à 16 milligrammes que l'on peut même dépasser. Nous conseillons la formule suivante :

Sulfate de duboisine	20 milligrammes.
Eau distillée de laurier cerise	10 centim. cubes.

Une seringue de Pravaz contient 2 milligrammes de sulfate de duboisine.

Ergotine et ergotinine. — Les alcaloïdes du seigle ergoté, par leur action vaso-constrictive, exercent une action favorable toutes les fois que l'agitation est due à un état congestif du cerveau. L'ergotine et l'ergotinine sont les meilleurs sédatifs des agitations maniaques, qui surviennent au cours de la paralysie générale[8].

[1] Belmondo. *Riv. sper. di fren.*, t. XVIII, fasc. 1, 1892.

[2] Séglas. *Arch. de neurol.*, 1893, n° 76, p. 450.

[3] Mendel. *Neurol. centralb.* et *Bull. gén. de thérap.*, 1893, I, p. 528.

[4] [5] Marandon de Montyel. De l'action de la duboisine, à doses continues, chez les aliénés. *Arch. de Neur.*, 1893, n° 79, p. 211.

[6] Bocquillon-Limousin. Cité par Marandon, in Action sédative de la duboisine, à doses *interrompues*, chez les aliénés. *France médicale*, 1893 et *Union pharm.*, 1893, p. 477.

[7] Luigi Scahia. Expériences sur l'action et la nature du sulfate de duboisine et de son usage dans la thérapeutique des maladies mentales. *Giornale internationale delle science mediche*, 15 août 1899.

[8] William Hirsch. Étude sur le délire. *New-York medical Journal*, juillet 1899.

Voici une formule pour injection hypodermique d'ergotinine :

Ergotinine.	1 centigramme.
Acide lactique	2 grammes.
Eau de laurier cerise.	10 centimètres cubes.

Une seringue de Pravaz contient un milligramme d'ergotinine (Tanret).

La *digitaline* à la dose de 1 milligramme est aussi un bon sédatif.

G. — **Opothérapie.**

Lorsque Brown-Séquard[1] fit, il y a dix ans, à la Société de Biologie, la retentissante communication que l'on sait sur le « rajeunissement » par les injections de suc testiculaire, on était en droit d'espérer que la pathologie mentale serait la première à tirer profit de sa découverte. Mais il faut constater que l'opothérapie a fait son chemin presque complètement en dehors de la psychopathologie. Ce n'est point que quelques tentatives n'aient été faites. En 1889, l'année même de la communication de Brown-Séquard, Babès[2] traita sans succès des épileptiques, des mélancoliques et des maniaques par des extraits de substance cérébrale et médullaire; Constantin Paul[3] améliora de la sorte des neurasthéniques; Cullerre[4] peu de temps après, expérimenta de nouveau sur les aliénés l'opothérapie cérébrale sans aboutir à des résultats appréciables, tandis qu'Althaus[5] réussissait à modifier certaines névroses. Moncorvo[6] et Queen[7] injectèrent un extrait aseptique de cerveau de mouton; les résultats furent nuls. A. Robertson[8], avec la cervelle fraîche de mouton, la cérébrine et le liquide Brown-Séquard, n'a pu améliorer qu'un cas de démence et Macphail[9] avoue avoir complètement échoué avec ces mêmes produits. Ces insuccès furent peu encourageants[10].

D'autres expériences ont été faites avec des extraits ovariens. Nacke[11], Régis[12], Gilbert[13], Clément[14], Mainzer[15], Mond[16], ont obtenu quelques résultats dans le traitement des troubles psychiques consécutifs à l'ovariotomie ou à la ménopause. Tambroni[17], d'autre part, a vu l'état mental d'une aliénée ovariectomisée s'aggraver par le traitement ovarien; tandis que la menstruation s'est

[1] Brown-Séquard. Cité par Mossé in *De l'état actuel de l'opothérapie*, p. 9. Masson, édit., 1898. Congrès français de médecine. 4e session. Montpellier, 1898.

[2 3 4 5 6 7]. Babès, Constantin Paul, Cullerre, Althaus, Moncorvo, Queen, cités par Gilbert et Carnot in *De l'état actuel de l'opothérapie*, etc., p. 21. Masson, édit., 1898. Congrès français de médecine, 4e session, Montpellier, 1898.

[8 9] A. Robertson, Macphail. Discussion sur le traitement des maladies nerveuses et mentales par les extraits organiques. *Brit. med. Journ.*, 26 sept. 1896.

[10] Gilbert et Carnot. *Loc. cit.*, p. 21.

[11] Nacke. Cité par Gilbert et Carnot, *loc. cit.*, p. 20.

[12] Régis. Un cas de folie consécutive à une ovarosalpingectomie. *Congr. intern. de Chicago*, 1893 et *Soc. de méd. de Bordeaux*, juin 1893.

[13 14] Gilbert, Clément. Cités par Gilbert et Carnot, p. 20.

[15 16] Mainzer, Mond. Cités par Gilbert et Carnot, p. 20 et par Mossé, *loc. cit.*, p. 35.

[17] R. Tambroni (de Ferrare). L'opothérapie ovarienne chez les aliénés. *Semaine médicale* 30 oct. 1897, n° 51, note thérap., p. CCII.

rétablie et que les troubles mentaux se sont amendés chez quatre autres femmes traitées de la même manière. Bruce [1] a administré, sans succès, à des aliénés, des tablettes d'ovaire, de testicule et de capsules surrénales.

L'opothérapie *thyroïdienne,* on le sait, a rendu des services signalés dans le traitement des affections de la glande thyroïde. A ce titre, elle est particulièrement intéressante. D'autre part, les maladies thyroïdiennes s'accompagnent fréquemment d'affections mentales : le myxœdème infantile ou opératoire, le crétinisme, les affections goitreuses y compris le goitre exophtalmique (maladie de Basedow) ont leur cortège de troubles psychiques. On était en droit d'espérer que la médication, qui agit contre les symptômes directs de l'insuffisance thyroïdienne, agirait aussi contre ses manifestations accidentelles et secondaires. Les résultats obtenus sont contradictoires. Dans quelques cas de myxœdème infantile, Bourneville [2] a noté une amélioration physique et psychique, tandis que Régis [3], Taty et Guérin [4], Bories [5] n'ont obtenu que des modifications physiques, l'état mental demeurant stationnaire. Rushton Parker [6] a observé de « rapides progrès de l'intelligence » chez des crétins sporadiques. Mais chez les aliénés goitreux, Reinhold et Emminghaus à Fribourg [7], Bories [8] à l'asile de Pau ont institué le traitement thyroïdien sans arriver au même résultat que Mac-Claughry [9], qui dit avoir obtenu une « certaine amélioration ».

On discute encore sur la question de savoir si le traitement thyroïdien est utile ou nuisible dans la maladie de Basedow. Il serait nuisible au dire de Marie [10] et Eulenburg [11] dans le goitre exophtalmique vrai, utile au contraire dans les goitres basedowifiés. Quoi qu'il en soit, Mairet [12] a observé, chez un basedowien atteint de troubles mentaux graves, une amélioration consécutive à des injections de liquide thyroïdien et il se déclare « disposé à voir là plus qu'une simple coïncidence, d'autant plus que tous les traitements antérieurement employés avaient complètement échoué [13] ». D'autre part Devay [14] a communiqué, à la société médicale de Lyon, l'observation d'un malade atteint

[1] Bruce. Discus. sur le trait. des mal. nerv. et ment. par les extr. organiques. *Brit. med. journ.*, 26 sept. 1896.

[2] Bourneville. Trois cas d'idiotie myxœdémateuse traités par l'ingestion thyroïdienne. *Congrès de Bordeaux,* 1895. *Comptes rendus,* 1896, vol. II, p. 151.

[3] Régis. Myxœdème infantile et traitement thyroïdien. *Cong. al. et neur. Bordeaux,* 1895, *Comptes rendus,* 1896, vol. II, p. 170.

[4] Taty et Guérin. Myxœdème et goitre simple traités par la médication thyroïdienne. *Cong. de Bordeaux.* 1895. C. R., 1896, vol. II, p. 170.

[5] Bories. Th. de Toulouse, cité par Mossé, p. 104.

[6] Rushton Parker. *British med. Ass.* et *British med. Journ.*, 12 sept. 1896. p. 615. R. S. M., 1897, vol. XLIX, p. 637 et Discussion : Horsley, Telford, Smith, Fletcher, Beach.

[7] [8] Reinhold et Emminghaus, Bories. Cités par Mossé, p, 104.

[9] Th. S. Mac-Claughry. Sur deux cas de folie avec goitre traités par l'extrait thyroïdien. *The Journ. of M. Science,* oct. 1894.

[10] Marie. *Soc. méd. des hôp.*, 1897, p. 57.

[11] Eulenburg. XV° C. allem. de méd. int. *Sem. méd.*, 1887, p. 233. — C. de Neur. de Bruxelles. *Presse médicale,* 29 sept. 1897.

[12] [13] Mairet. Cité par Mossé, p. 135.

[14] Devay. *Presse médicale,* 1897, t. II, p. 174. Annexes.

de goitre exophtalmique avec mélancolie anxieuse, complètement guéri par le traitement thyroïdien (ingestion de glande crue à dose progressivement croissante jusqu'à deux corps thyroïdes).

Partant de cette constatation que la glande thyroïde subit des modifications profondes pendant la grossesse, on s'est demandé si la médication thyroïdienne ne serait pas de quelque utilité dans le traitement des vésanies puerpérales. R. Bruce[1] dit avoir obtenu ainsi quatre guérisons sur quatre cas traités. Mais il ne faut pas oublier que les folies puerpérales sont essentiellement curables, et rien ne nous démontre que les cas en question n'auraient point guéri sans le secours de la thérapeutique prescrite. On n'en peut dire autant des cas de « manie juvénile » que Clouston[2] affirme avoir guéri par le traitement thyroïdien après avoir vainement essayé de toutes les autres médications. Notons encore les expériences de Farguharson[3], qui administre l'extrait thyroïdien à doses progressivement croissantes jusqu'à la dose de 3 gr, 25. Cet observateur a vu des états dépressifs s'amender, d'autres s'aggraver manifestement, ce qui l'oblige à faire des réserves sur l'opportunité du traitement thyroïdien dans les maladies mentales.

H. — Traitement des maladies incidentes.

On a souvent à se préoccuper, chez les individus affectés de troubles mentaux, d'affections incidentes qui viennent compliquer ces dernières : ce sont le plus souvent des affections soit accidentelles (fièvre typhoïde, scarlatine) soit en relation indirecte avec la maladie première, comme la pneumonie chez les paralytiques généraux ou chez les malades déprimés et affaiblis, ou l'érysipèle qui n'est pas rare dans certains services d'aliénés. Le traitement que ces affections comportent ne diffère pas sensiblement de celui qu'on institue quand elles surviennent en dehors des conditions spéciales auxquelles nous faisons allusion. Son application est quelquefois rendue difficile par la résistance des malades : toutefois il est bon de remarquer qu'en général les aliénés, même agités, deviennent assez dociles quand ils sont affectés d'une maladie aiguë accidentelle, et se prêtent assez bien au traitement.

La déchéance physique qui est souvent la conséquence de la maladie mentale, rend, d'ordinaire, particulièrement grave le pronostic des affections incidentes chez les individus atteints de psychoses ou d'affections organiques du cerveau. Presque toujours il y a indication formelle de s'attacher, avec un soin particulier, à relever les forces défaillantes, à stimuler, par la digitaline, la caféine par exemple, la fonction cardiaque le plus souvent compromise par le surmenage qu'impose une longue maladie mentale.

[1] R. Bruce. *Loc. cit.*
[2] Clouston. *Brit. med. journ.*, 26 sept. 1896.
[3] Farguharson. *Brit. med. journal*, 26 sept. 1896.

LIVRE X

LA PATHOLOGIE MENTALE AU POINT DE VUE ADMINISTRATIF ET JUDICIAIRE[1]

Par Charles VALLON

PRÉLIMINAIRES : DÉFINITION, DIVISION

Dans la pratique de la médecine mentale il faut compter à chaque instant avec les autorités administrative et judiciaire. Les aliénés sont régis par une loi dont l'application et l'exécution incombent à l'autorité administrative. Le placement dans un asile d'aliénés ne peut se faire sans un certificat médical remplissant certaines conditions. La direction des asiles publics, la

[1] Travaux à consulter. — Fodéré. *Traité de médecine légale et d'hygiène publique ou de police de santé*, 2e édit., 6 vol., Paris 1813. — id. *Traité du délire*, Paris, 1817, t. II, 7e section. *De l'intervention des lois dans la médecine de la folie et de l'application de cette médecine aux tribunaux.* — Hoffbauer. *Médecine légale relative aux aliénés et aux sourds-muets ou les lois appliquées aux désordres de l'intelligence.* Traduit de l'allemand sur la dernière édition par Chambeyron avec des notes par Esquivol et Itard, Paris, 1827. — Marc. *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*, Paris, 1840, 2 vol. — Trélat. *La folie lucide*, Paris, 1861. — Lemoine (Albert). *L'aliéné devant la Philosophie, la Morale et la Société*, Paris, 1862. — Casper. *Traité pratique de médecine légale*, traduit de l'allemand par Gustave Germer Baillière, Paris, 1862. — Henry Bonnet *L'aliéné devant lui-même, l'appréciation légale, la législation, les systèmes, la société et la famille*, Paris, 1866. — Morel. *Traité de la médecine légale des aliénés*, Paris, 1866. — Thulié, *La Folie et la loi*, 1866. — Despine. *De la folie au point de vue philosophique*, Paris, 1875. — Tissot. *La folie*, 1877. — Briand et Chaudé. *Manuel complet de médecine légale*, 10 édit., Paris, 1879. — Tardieu. *Etude médico-légale sur la folie*, 2e édit., 1880. — Legrand du Saulle, Georges Berryer et Gabriel Pouchet. *Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie*, 2e édit., Paris, 1886. — H. Coutagne. *La folie au point de vue judiciaire et administratif*, Paris et Lyon, 1888. — id. *Précis de médecine légale*, Paris et Lyon, 1896. — Max Simon. *Les maladies de l'esprit*, Paris, 1892. *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales* de Dechambre : article Aliénés, Médecine légale par Linas. Législation, asiles par Parchappe, article Médecine légale par Tourdes. — *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* de Jaccoud, article Folie, médecine légale, par Tardieu. Législation, Assistance par Lunier. Krafft-Ebing, *médecine légale des aliénés*.

Voyez encore : *Les traités de médecine mentale* de Marcé, Dagonet, Ball, Régis, Bra, Cullerre, Sollier, Krafft-Ebing, et les *traités de médecine légale* de Taylor, Brouardel, Vibert, Lutaud, Paulier.

surveillance des asiles privés appartiennent au préfet du département dans lequel ces établissements sont situés. D'autre part les aliénés séquestrés sont placés sous la protection de l'autorité judiciaire ; enfin cette même autorité peut faire appel aux connaissances spéciales du médecin aliéniste pour l'éclairer dans les questions de responsabilité pénale et de capacité civile.

Le médecin qui s'occupe des aliénés, même accidentellement, a donc vis-à-vis des autorités administrative et judiciaire, des obligations qu'il ne peut ignorer. Aussi un Traité de Pathologie mentale doit-il, sous peine d'être incomplet, comprendre une étude de l'aliénation mentale envisagée au point de vue administratif et judiciaire. C'est à ce sujet que sera consacré le dernier livre du volume, qui se divisera tout naturellement en deux chapitres :

1° La pathologie mentale au point de vue administratif.

2° La pathologie mentale au point de vue judiciaire.

Entre les matières de ces deux chapitres il n'y a d'ailleurs pas de séparation absolue.

CHAPITRE PREMIER

LA PATHOLOGIE MENTALE AU POINT DE VUE ADMINISTRATIF

La loi qui fixe le régime des aliénés est *la loi du* 30 *juin* 1838. Cette loi a réalisé un progrès considérable dans l'assistance et la protection des aliénés. Sans doute elle n'est pas parfaite mais elle ne mérite pas non plus tous les reproches qui lui ont été adressés. A diverses époques cependant, à propos de prétendues séquestrations arbitraires, l'opinion publique s'est émue et, sous sa pression, la question des aliénés a été soulevée devant le Parlement : au Sénat impérial en 1867 ; au Corps législatif en 1869, puis en 1870 par Gambetta ; à l'Assemblée Nationale en 1872.

En 1881 un décret institua une grande Commission extraparlementaire chargée d'examiner les modifications à introduire dans la législation relative aux aliénés ; de ses travaux sortit un projet de loi dont le Sénat fut saisi par le Ministre de l'Intérieur le 25 mars 1882. La haute Assemblée renvoya le projet à une Commission. Celle-ci pour s'éclairer demanda à l'Académie de Médecine de lui donner son avis. L'Académie chargea Baillarger, Luys, Brouardel, Lunier, Mesnet et Blanche d'étudier la question. Le 22 janvier 1884 Blanche au nom de ses collègues lut un rapport devant l'Académie, une discussion eut lieu qui occupa plusieurs séances [1]. A peu près en même temps la Société médico-psychologique de Paris se livrait à un long débat sur ce sujet [2].

Au bout de deux ans la Commission sénatoriale ayant achevé ses travaux Théophile Roussel [3] présenta un rapport avec un projet de loi. Ce rapport, œuvre considérable, contient tout ce qui a trait à la question : une récapitulation des travaux des diverses commissions parlementaires ou extraparlementaires, un résumé des discussions au sein des Sociétés savantes, les circulaires et ordonnances ministérielles sur la matière, les législations étrangères.

Déposé sur le bureau du Sénat en 1884 le rapport de Théophile Roussel portant revision de la loi du 30 juin 1838 ne fut discuté qu'en 1886 [4] et le

[1] *Bulletin de l'Académie de médecine.* — id. Revision de la loi de 1838 sur les aliénés par E. Mesnet. — id. Les projets de réforme relatifs à la législation des aliénés par J. Luys.

[2] *Annales médico-psychologiques.* Année 1884.

[3] Sénat. Session de 1884. Annexe au procès-verbal de la séance du 20 mai, n° 157, 2 vol.

[4] On trouvera cette discussion entièrement reproduite dans les *Archives de Neurologie.* Années 1887-88 et 89.

projet de loi, peu modifié d'ailleurs, fut définitivement adopté le 11 mars 1887 puis transmis à la Chambre des Députés le 14 juin de la même année. Une Commission fut nommée, et bientôt en son nom Bourneville déposa un rapport qui ne fut pas discuté.

A la législature suivante J. Reinach déposa le 13 décembre 1890 une proposition de loi qui reproduisait à peu près le texte de loi voté par le Sénat. La Commission chargée de l'étudier présenta un rapport le 21 décembre 1891 mais la Chambre des Députés se sépara encore sans l'avoir examiné.

Dès le début de la législation suivante Reinach, avec le concours de Lafont, reprit sa proposition. En même temps ce dernier, de concert avec Georges Berry, déposait une autre proposition de loi ayant pour but d'autoriser les départements à placer dans les familles les déments séniles et les idiots.

Une Commission fut chargée d'examiner ces diverses propositions et le 19 février 1894, en son nom Lafont déposa sur le bureau de la Chambre un nouveau rapport. Lafont étant décédé, Dubief, député de Saône-et-Loire, ancien directeur administratif de l'asile de Marseille, présenta un nouveau rapport le 27 novembre 1896. La Chambre des Députés n'a pas trouvé le temps de le discuter, en sorte qu'aujourd'hui encore c'est la loi du 30 juin 1838 qui est en vigueur. Cette loi, les médecins aliénistes ont constamment besoin de la consulter, aussi nous croyons utile d'en reproduire ici le texte dans son entier.

La loi du 30 juin 1838 a été complétée par une ordonnance royale du 18 décembre 1839 qui en réglemente l'application et dont on trouvera le texte à la suite de celui de la loi.

Le 20 mars 1857 a paru sous forme d'arrêté du Ministre de l'Intérieur, *un règlement officiel du service intérieur des asiles publics d'aliénés* accompagné d'instructions lui servant de commentaire. Ce document indique les principes qui régissent l'administration des asiles et la situation respective des agents qui y sont attachés : directeur, receveur, économe, médecin en chef, médecin adjoint, internes, sœurs hospitalières, surveillants et surveillantes, infirmiers et infirmières. Il règle encore les questions suivantes : régime alimentaire, coucher, habillement, travail et occupations intellectuelles des malades, distractions, visites et sorties. Ce règlement est beaucoup trop long pour que nous puissions le reproduire.

LOI SUR LES ALIÉNÉS

AU PALAIS DE NEUILLY, LE 30 JUIN 1838

LOUIS-PHILIPPE, Roi des Français, à tous présents et à venir, salut.

Nous avons proposé, les Chambres ont adopté, nous avons ordonné et ordonnons ce qui suit.

TITRE PREMIER

DES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS

Article premier. — Chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département.

Les traités passés avec les établissements publics ou privés devront être approuvés par le ministre de l'intérieur.

Art. 2. — Les établissements publics consacrés aux aliénés sont placés sous la direction de l'autorité publique.

Art. 3. — Les établissements privés consacrés aux aliénés sont placés sous la surveillance de l'autorité publique.

Art. 4. — Le préfet et les personnes spécialement déléguées à cet effet par lui ou par le ministre de l'intérieur, le président du tribunal, le procureur du Roi, le juge de paix, le maire de la commune, sont chargés de visiter les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés.

Ils recevront les réclamations des personnes qui y seront placées, et prendront, à leur égard, tous renseignements propres à faire connaître leur position.

Les établissements privés seront visités, à des jours indéterminés, une fois au moins chaque trimestre, par le procureur du Roi de l'arrondissement. Les établissements publics le seront de la même manière, une fois au moins par semestre.

Art. 5. — Nul ne pourra diriger ni former un établissement privé consacré aux aliénés sans l'autorisation du Gouvernement.

Les établissements privés consacrés au traitement d'autres maladies ne pourront recevoir les personnes atteintes d'aliénation mentale, à moins qu'elles ne soient placées dans un local entièrement séparé.

Ces établissements devront être, à cet effet, spécialement autorisés par le Gouvernement, et seront soumis, en ce qui concerne les aliénés, à toutes les obligations prescrites par la présente loi.

Art. 6. — Des règlements d'administration publique détermineront les conditions auxquelles seront accordées les autorisations énoncées en l'article précédent, les cas où elles pourront être retirées, et les obligations auxquelles seront soumis les établissements autorisés.

Art. 7. — Les règlements intérieurs des établissements publics consacrés, en tout ou en partie, au service des aliénés, seront, dans les dispositions relatives à ce service, soumis à l'approbation du ministre de l'intérieur.

TITRE II

DES PLACEMENTS FAITS DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS

SECTION PREMIÈRE

DES PLACEMENTS VOLONTAIRES

Art. 8. — Les chefs ou préposés responsables des établissements publics et les directeurs des établissements privés et consacrés aux aliénés ne pourront recevoir une personne atteinte d'aliénation mentale, s'il ne leur est remis :

1° Une demande d'admission contenant les nom, profession, âge et domicile, tant de la personne qui la formera que de celle dont le placement sera réclamé, et l'indication du degré de parenté ou, à défaut, de la nature des relations qui existent entre elles.

La demande sera écrite et signée par celui qui la formera, et s'il ne sait pas écrire elle sera reçue par le maire ou le commissaire de police, qui en donnera acte.

Les chefs, préposés ou directeurs, devront s'assurer, sous leur responsabité, de l'individualité de la personne qui aura formé la demande, lorsque cette demande n'aura pas été reçue par le maire ou le commissaire de police.

Si la demande d'admission est formée par le tuteur d'un interdit, il devra fournir, à l'appui, un extrait du jugement d'interdiction ;

2° Un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer, et indiquant les particularités de la maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés, et de l'y tenir renfermée.

Ce certificat ne pourra être admis, s'il a été délivré plus de quinze jours avant sa remise au chef ou directeur; s'il est signé d'un médecin attaché à l'établissement, ou si le médecin signataire est parent ou allié, au second degré inclusivement, des chefs ou propriétaires de l'établissement, ou de la personne qui fera effectuer le placement.

En cas d'urgence, les chefs des établissements publics pourront se dispenser d'exiger le certificat du médecin ;

3° Le passeport ou toute autre pièce propre à constater l'individualité de la personne à placer.

Il sera fait mention de toutes les pièces produites dans un bulletin d'entrée, qui sera renvoyé, dans les vingt-quatre heures, avec un certificat du médecin de l'établissement, et la copie de celui ci-dessus mentionné, au préfet de police à Paris, au préfet ou au sous-préfet dans les communes chefs-lieux de département ou d'arrondissement, et aux maires dans les autres communes. Le sous-préfet, ou le maire, en fera immédiatement l'envoi au préfet.

Art. 9. — Si le placement est fait dans un établissement privé, le préfet, dans les trois jours de la réception du bulletin, chargera un ou plusieurs hommes de l'art de visiter la personne désignée dans ce bulletin, à l'effet de constater son état mental et d'en faire rapport sur-le-champ. Il pourra leur adjoindre telle autre personne qu'il désignera.

Art. 10. — Dans le même délai, le préfet notifiera administrativement les noms profession et domicile, tant de la personne placée que de celle qui aura demandé le placement, et les causes du placement, 1° au procureur du Roi de l'arrondissement du domicile de la personne placée; 2° au procureur du Roi de l'arrondissement de la situation de l'établissement : ces dispositions seront communes aux établissements publics et privés.

Art. 11. Quinze jours après le placement d'une personne dans un établissement public ou privé, il sera adressé au préfet, conformément au dernier paragraphe de

l'article 8, un nouveau certificat du médecin de l'établissement; ce certificat confirmera ou rectifiera, s'il y a lieu, les observations contenues dans le premier certificat, en indiquant le retour plus ou moins fréquent des accès ou des actes de démence.

Art. 12. — Il y aura dans chaque établissement, un registre coté et paraphé par le maire, sur lequel seront immédiatement inscrits les noms, profession, âge et domicile des personnes placées dans les établissements, la mention du jugement d'interdiction, si elle a été prononcée, et le nom de leur tuteur ; la date de leur placement, les noms, profession et demeure de la personne, parente ou non parente, qui l'aura demandé. Seront également transcrits sur ce registre : 1° le certificat du médecin, joint à la demande d'admission; 2° ceux que le médecin de l'établissement devra adresser à l'autorité, conformément aux articles 8 et 11.

Le médecin sera tenu de consigner sur ce registre, au moins tous les mois, les changements survenus dans l'état mental de chaque malade. Ce registre constatera également les sorties et les décès.

Ce registre sera soumis aux personnes qui, d'après l'article 4, auront le droit de visiter l'établissement, lorsqu'elles se présenteront pour en faire la visite ; après l'avoir terminée, elles apposeront sur le registre leur visa, leur signature et leurs observations, s'il y a lieu.

Art. 13. — Toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera d'y être retenue aussitôt que les médecins de l'établissement auront déclaré, sur le registre énoncé en l'article précédent que la guérison est obtenue.

S'il s'agit d'un mineur ou d'un interdit, il sera donné immédiatement avis de la déclaration des médecins aux personnes auxquelles il devra être remis et au procureur du Roi.

Art. 14. — Avant même que les médecins aient déclaré la guérison, toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera également d'y être retenue, dès que la sortie sera requise par l'une des personnes ci-après désignées, savoir :

1° Le curateur nommé en exécution de l'article 38 de la présente loi ;

2° L'époux ou l'épouse;

3° S'il n'y a pas d'époux ou d'épouse, les ascendants ;

4° S'il n'y a pas d'ascendants, les descendants;

5° La personne qui aura signé la demande d'admission, à moins qu'un parent n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille ;

6° Toute personne a ce autorisée par le conseil de famille.

S'il résulte d'une opposition notifiée au chef de l'établissement par un ayant droit qu'il y a dissentiment, soit entre les ascendants soit entre les descendants, le conseil de famille prononcera.

Néanmoins, si le médecin de l'établissement est d'avis que l'état mental du malade pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, il en sera donné préalablement connaissance au maire, qui pourra ordonner immédiatement un sursis provisoire à la sortie, à la charge d'en référer, dans les vingt-quatre heures, au préfet. Ce sursis provisoire cessera de plein droit à l'expiration de la quinzaine, si le préfet n'a pas, dans ce délai, donné d'ordres contraires, conformément à l'article 21 ci-après. L'ordre du maire sera transcrit sur le registre tenu en exécution de l'article 12.

En cas de minorité ou d'interdiction, le tuteur pourra requérir seul la sortie.

Art. 15. — Dans les vingt-quatre heures de la sortie, les chefs, préposés ou directeurs en donneront avis aux fonctionnaires désignés dans le dernier paragraphe de l'article 8 et leur feront connaître le nom et la résidence des personnes qui auront retiré le malade, son état mental au moment de sa sortie, et, autant que possible, l'indication du lieu où il aura été conduit.

ART. 16. — Le préfet pourra toujours ordonner la sortie des personnes placées volontairement dans les établissement d'aliénés.

ART. 17. — En aucun cas, l'interdit ne pourra être remis qu'à son tuteur, et le mineur, qu'à ceux sous l'autorité desquels il est placé par la loi.

SECTION II

DES PLACEMENTS ORDONNÉS PAR L'AUTORITÉ PUBLIQUE

ART. 18. — A Paris, le préfet de police, et, dans les départements, les préfets ordonneront d'office le placement, dans un établissement d'aliénés, de toute personne interdite ou non interdite, dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes.

Les ordres des préfets seront motivés et devront énoncer les circonstances qui les auront rendus nécessaires. Ces ordres, ainsi que ceux qui seront donnés conformément aux articles 19, 20, 21 et 23, seront inscrits sur un registre semblable à celui qui est prescrit par l'article 12 ci-dessus, dont toutes les dispositions seront applicables aux individus placés d'office.

ART. 19. — En cas de danger imminent, attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique, les commissaires de police à Paris, et les maires dans les autres communes, ordonneront, à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale, toutes les mesures provisoires nécessaires, à la charge d'en référer, dans les vingt-quatre heures au préfet, qui statuera sans délai.

ART. 20. — Les chefs, directeurs et préposés responsables des établissements, seront tenus d'adresser aux préfets, dans le premier mois de chaque semestre, un rapport rédigé par le médecin de l'établissement sur l'état de chaque personne qui y sera retenue, sur la nature de sa maladie et les résultats du traitement.

Le préfet prononcera sur chacune individuellement, ordonnera sa maintenue dans l'établissement ou sa sortie.

ART. 21. — A l'égard des personnes dont le placement aura été volontaire, et dans le cas où leur état mental pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, le préfet pourra, dans les formes tracées par le deuxième paragraphe de l'article 18, décerner un ordre spécial, à l'effet d'empêcher qu'elles ne sortent de l'établissement sans son autorisation, si ce n'est pour être placées dans un autre établissement.

Les chefs, directeurs ou préposés responsables, seront tenus de se conformer à cet ordre.

ART. 22. — Les procureurs du roi seront informés de tous les ordres donnés en vertu des articles 18, 19, 20 et 21.

Ces ordres seront notifiés au maire du domicile des personnes soumises au placement, qui en donnera immédiatement avis aux familles.

Il en sera rendu compte au ministre de l'intérieur.

Les diverses notifications prescrites par le présent article seront faites dans les formes et délais énoncés en l'article 10.

ART. 23. — Si, dans l'intervalle qui s'écoulera entre les rapports ordonnés par l'article 20, les médecins déclarent, sur le registre tenu en exécution de l'article 12, que la sortie peut être ordonnée, les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements, seront tenus, sous peine d'être poursuivis conformément à l'article 30 ci-après, d'en référer aussitôt au préfet, qui statuera sans délai.

ART. 24. — Les hospices et hôpitaux civils seront tenus de recevoir provisoirement les personnes qui leur seront adressées en vertu des articles 18 et 19, jusqu'à ce qu'elles

soient dirigées sur l'établissement spécial destiné à les recevoir, aux termes de l'article 1er, ou pendant le trajet qu'elles ferront pour s'y rendre.

Dans toutes les communes où il existe des hospices ou hôpitaux, les aliénés ne pourront être déposés ailleurs que dans ces hospices ou hôpitaux. Dans les lieux où il n'en existe pas, les maires devront pourvoir à leur logement, soit dans une hôtellerie, soit dans un local loué à cet effet.

Dans aucun cas, les aliénés ne pourront être ni conduits avec les condamnés ou les prévenus, ni déposés dans une prison.

Ces dispositions sont applicables à tous les aliénés dirigés par l'administration sur un établissement public ou privé.

SECTION III

DÉPENSES DU SERVICE DES ALIÉNÉS

Art. 25. — Les aliénés dont le placement aura été ordonné par le préfet, et dont les familles n'auront pas demandé l'admission dans un établissement privé, seront conduits dans l'établissement appartenant au département, ou avec lequel il aura traité.

Les aliénés dont l'état mental ne compromettrait point l'ordre public ou la sûreté des personnes y seront également admis, dans les formes, dans les circonstances et aux conditions qui seront réglées par le conseil général, sur la proposition du préfet, et approuvées par le ministre.

Art. 26. — La dépense du transport des personnes dirigées par l'administration sur les établissements d'aliénés sera arrêtée par le préfet, sur le mémoire des agents préposés à ce transport.

La dépense de l'entretien, du séjour et du traitement des personnes placées dans les hospices ou établissements publics d'aliénés sera réglée d'après un tarif arrêté par le préfet.

La dépense de l'entretien, du séjour et du traitement des personnes placées par les départements dans les établissements privés sera fixée par les traités passés par le département conformément à l'article 1er.

Art. 27. — Les dépenses énoncées en l'article précédent seront à la charge des personnes placées ; à défaut, à la charge de ceux auxquels il peut être demandé des aliments, aux termes des articles 205 et suivants du Code civil.

S'il y a contestation sur l'obligation de fournir des aliments, ou sur leur quotité, il sera statué par le tribunal compétent, à la diligence de l'administrateur désigné en exécution des articles 31 et 32.

Le recouvrement des sommes dues sera poursuivi et opéré à la diligence de l'administration de l'enregistrement et des domaines.

Art. 28. — A défaut, ou en cas d'insuffisance des ressources énoncées en l'article précédent, il y sera pourvu sur les centimes affectés, par la loi de finances, aux dépenses ordinaires du département auquel l'aliéné appartient, sans préjudice du concours de la commune du domicile de l'aliéné, d'après les bases proposées par le conseil général sur l'avis du préfet, et approuvées par le Gouvernement.

Les hospices seront tenus à une indemnité proportionnée au nombre des aliénés dont le traitement ou l'entretien était à leur charge, et qui seraient placés dans un établissement spécial d'aliénés.

En cas de contestation, il sera statué par le conseil de préfecture.

SECTION IV

DISPOSITIONS COMMUNES A TOUTES LES PERSONNES PLACÉES DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS

Art. 29. — Toute personne placée ou retenue dans un établissement d'aliénés, son tuteur, si elle est mineure, son curateur, tout parent ou ami, pourront, à quelque époque que ce soit, se pourvoir devant le tribunal du lieu de la situation de l'établissement, qui, après les vérifications nécessaires, ordonnera, s'il y a lieu, la sortie immédiate.

Les personnes qui auront demandé le placement, et le procureur du Roi, d'office, pourront se pourvoir aux mêmes fins.

Dans le cas d'interdiction, cette demande ne pourra être formée que par le tuteur de l'interdit.

La décision sera rendue, sur simple requête, en chambre du conseil et sans délai ; elle ne sera point motivée.

La requête, le jugement et les autres actes auxquels la réclamation pourrait donner lieu, seront visés pour timbre et enregistrés en débet.

Aucunes requêtes, aucunes réclamations adressées, soit à l'autorité judiciaire, soit à l'autorité administrative, ne pourront être supprimées ou retenues par les chefs d'établissements, sous les peines portées au titre III ci-après.

Art. 30. — Les chefs, directeurs ou préposés responsables, ne pourront, sous les peines portées par l'article 120 du Code pénal, retenir une personne placée dans un établissement d'aliénés, dès que sa sortie aura été ordonnée par le préfet, aux termes des articles 16, 20 et 23, ou par le tribunal, aux termes de l'article 29, ni lorsque cette personne se trouvera dans les cas énoncés aux articles 13 et 14.

Art. 31. — Les commissions administratives ou de surveillance des hospices ou établissements publics d'aliénés exerceront, à l'égard des personnes non interdites qui y seront placées, les fonctions d'administrateurs provisoires. Elles désigneront un de leurs membres pour les remplir : l'administrateur, ainsi désigné, procédera au recouvrement des sommes dues à la personne placée dans l'établissement, et à l'acquittement de ses dettes ; passera des baux qui ne pourront excéder trois ans, et pourra même, en vertu d'une autorisation spéciale accordée par le président du tribunal civil, faire vendre le mobilier.

Les sommes provenant, soit de la vente, soit des autres recouvrements, seront versés directement dans la caisse de l'établissement, et seront employées, s'il y a lieu, au profit de la personne placée dans l'établissement.

Le cautionnement du receveur sera affecté à la garantie desdits deniers, par privilège aux créances de toute autre nature.

Néanmoins les parents, l'époux ou l'épouse des personnes placées dans des établissements d'aliénés dirigés ou surveillés par des commissions administratives, ces commissions elles-mêmes, ainsi que le procureur du Roi, pourront toujours recourir aux dispositions des articles suivants.

Art. 32. — Sur la demande des parents, de l'époux ou de l'épouse, sur celle de la commission administrative ou sur la provocation, d'office, du procureur du Roi, le tribunal civil du lieu du domicile pourra, conformément à l'article 497 du Code civil, nommer, en chambre du conseil, un administrateur provisoire aux biens de toute personne non interdite placée dans un établissement d'aliénés. Cette nomination n'aura lieu qu'après délibération du conseil de famille, et sur les conclusions du procureur du Roi. Elle ne sera pas sujette à l'appel.

Art. 33. — Le tribunal, sur la demande de l'administrateur provisoire, ou à la diligence du procureur du Roi, désignera un mandataire spécial à l'effet de représen-

ter en justice tout individu non interdit et placé ou retenu dans un établissement d'aliénés, qui serait engagé dans une contestation judiciaire au moment du placement, ou contre lequel une action serait intentée postérieurement.

Le tribunal pourra aussi, dans le cas d'urgence, désigner un mandataire spécial à l'effet d'intenter, au nom des mêmes individus, une action mobilière ou immobilière. L'administrateur provisoire pourra, dans les deux cas, être désigné pour mandataire spécial.

Art. 34. — Les dispositions du Code civil, sur les causes qui dispensent de la tutelle, sur les incapacités, les exclusions ou les destitutions des tuteurs, sont applicables aux administrateurs provisoires nommés par le tribunal.

Sur la demande des parties intéressées, ou sur celle du procureur du Roi, le jugement qui nommera l'administrateur provisoire pourra en même temps constituer sur ses biens une hypothèque générale ou spéciale, jusqu'à concurrence d'une somme déterminée par ledit jugement.

Le procureur du Roi devra, dans le délai de quinzaine, faire inscrire cette hypothèque au bureau de la conservation : elle ne datera que du jour de l'inscription.

Art. 35. — Dans le cas où un administrateur provisoire aura été nommé par jugement, les significations à faire à la personne placée dans un établissement d'aliénés seront faites à cet administrateur.

Les significations faites au domicile pourront, suivant les circonstances, être annulées par les tribunaux.

Il n'est point dérogé aux dispositions de l'article 173 du Code de commerce.

Art. 36. — A défaut d'administrateur provisoire, le président, à la requête de la partie la plus diligente, commettra un notaire pour représenter les personnes non interdites placées dans les établissements d'aliénés, dans les inventaires, comptes, partages et liquidations dans lesquels elles seraient intéressées.

Art. 37. — Les pouvoirs conférés en vertu des articles précédents cesseront de plein droit dès que la personne placée dans un établissement d'aliénés n'y sera plus retenue.

Les pouvoirs conférés par le tribunal en vertu de l'article 32 cesseront de plein droit à l'expiration d'un délai de trois ans : ils pourront être renouvelés.

Cette disposition n'est pas applicable aux administrateurs provisoires qui seront donnés aux personnes entretenues par l'administration dans des établissements privés.

Art. 38. — Sur la demande de l'intéressé, de l'un de ses parents, de l'époux ou de l'épouse, d'un ami, ou sur la provocation d'office du procureur du Roi, le tribunal pourra nommer, en chambre de conseil, par jugement non susceptible d'appel, en outre de l'administrateur provisoire, un curateur à la personne de tout individu non interdit placé dans un établissement d'aliénés, lequel devra veiller, 1° à ce que ses revenus soient employés à adoucir son sort et à accélérer sa guérison; 2° à ce que ledit individu soit rendu au libre exercice de ses droits aussitôt que sa situation le permettra.

Ce curateur ne pourra pas être choisi parmi les héritiers présomptifs de la personne placée dans un établissement d'aliénés.

Art. 39. — Les actes faits par une personne placée dans un établissement d'aliénés, pendant le temps qu'elle y aura été retenue, sans que son interdiction ait été prononcée ni provoquée, pourront être attaqués pour cause de démence, conformément à l'article 1304 du Code civil.

Les dix ans de l'action en nullité courront, à l'égard de la personne retenue qui aura souscrit les actes, à dater de la signification qui lui en aura été faite, ou de la connaissance qu'elle en aura eue après sa sortie définitive de la maison d'aliénés;

Et, à l'égard de ses héritiers, à dater de la signification qui leur en aura été faite, ou de la connaissance qu'ils en auront eue, depuis la mort de leur auteur.

Lorsque les dix ans auront commencé de courir contre celui-ci, ils continueront de courir contre les héritiers.

Art. 40. — Le ministère public sera entendu dans toutes les affaires qui intéresseront les personnes placées dans un établissement d'aliénés, lors même qu'elles ne seraient pas interdites.

TITRE III

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 41. — Les contraventions aux dispositions des articles 5, 8, 11, 12, du second paragraphe de l'article 13, des articles 15, 17, 20, 21, et du dernier paragraphe de l'article 29 de la présente loi, et aux règlements rendus en vertu de l'article 6, qui seront commises par les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements publics ou privés d'aliénés, et par les médecins employés dans ces établissements, seront punies d'un emprisonnement de cinq jours à un an, et d'une amende de cinquante francs à trois mille francs, ou de l'une ou de l'autre de ces peines.

Il pourra être fait application de l'article 463 du Code pénal.

La présente loi, discutée, délibérée et adoptée par la Chambre des Pairs et par celle des Députés, et sanctionnée par nous cejourd'hui, sera exécutée comme loi de l'État.

Donnons en mandement à nos Cours et Tribunaux, Préfets, Corps administratifs, et tous autres, que les présentes ils gardent et maintiennent, fassent garder, observer et maintenir, et, pour les rendre plus notoires à tous, ils les fassent publier et enregistrer partout où besoin sera ; et, afin que ce soit chose ferme et stable à toujours, nous y avons fait mettre notre sceau.

Fait au palais de Neuilly, le 30e jour du mois de Juin, l'an 1838.

Signé : LOUIS-PHILIPPE,

ORDONNANCE DU ROI

PORTANT RÈGLEMENT SUR LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS CONSACRÉS AUX ALIÉNÉS

AU PALAIS DES TUILERIES, LE 18 DÉCEMBRE 1839.

LOUIS-PHILIPPE, Roi des Français, à tous présents et à venir, salut.

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'État au département de l'intérieur ;

Vu la loi du 30 juin 1838, sur les aliénés ;

Vu notamment l'article 2, ainsi conçu : « Les établissements publics consacrés aux aliénés sont placés sous la direction de l'autorité publique ; »

Vu l'article 3 de la même loi, qui porte : « Les établissements privés consacrés aux aliénés sont placés sous la surveillance de l'autorité publique ; »

Vu l'article 5 de la même loi, ainsi conçu : « Nul ne pourra diriger ni former un établissement privé consacré aux aliénés sans l'autorisation du Gouvernement ; »

Vu l'article 6 de la même loi, qui porte : « Des règlements d'administration

publique détermineront les conditions auxquelles seront accordées les autorisations énoncées en l'article précédent, les cas où elles pourront être retirées, et les obligations auxquelles seront soumis les établissements autorisés ; »

Vu l'article 7 de la même loi, qui porte : « Les règlements intérieurs des établissements publics consacrés, en tout ou en partie, au service des aliénés, seront, dans les dispositions relatives à ce service, soumis à l'approbation du ministre de l'intérieur ; »

Notre Conseil d'État entendu,

Nous avons ordonné et ordonnons ce qui suit :

TITRE PREMIER

DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS CONSACRÉS AUX ALIÉNÉS

Article premier. — Les établissements publics consacrés au service des aliénés seront administrés sous l'autorité de notre ministre secrétaire d'État au département de l'intérieur et des préfets des départements, et sous la surveillance de commissions gratuites par un directeur responsable, dont les attributions seront ci-après déterminées.

Art. 2. — Les commissions de surveillance seront composées de cinq membres, nommés par les préfets, et renouvelés chaque année par cinquième.

Les membres des commissions de surveillance ne pourront être révoqués que par notre ministre de l'intérieur, sur le rapport du préfet.

Chaque année, après le renouvellement, les commissions nommeront leur président et leur secrétaire.

Art. 3. — Les directeurs et les médecins en chef et adjoints seront nommés par notre ministre secrétaire d'Etat au département de l'intérieur, directement pour la première fois, et, pour les vacances suivantes, sur une liste de trois candidats présentés par les préfets.

Pourront aussi être appelés aux places vacantes, concurremment avec les candidats présentés par les préfets, les directeurs et les médecins en chef ou adjoints qui auront exercé leurs fonctions pendant trois ans dans d'autres établissements d'aliénés.

Les élèves attachés aux établissements d'aliénés seront nommés pour un temps limité, selon le mode déterminé par le règlement sur le service intérieur de chaque établissement.

Les directeurs, les médecins en chef et les médecins adjoints ne pourront être révoqués que par notre ministre de l'intérieur, sur le rapport des préfets.

Art. 4. — Les commissions instituées par l'article 1er, chargées de la surveillance générale de toutes les parties du service des établissements sont appelées à donner leur avis sur le régime intérieur, sur les budgets et les comptes, sur les actes relatifs à l'administration, tels que le mode de gestion des biens, les projets de travaux, les procès à intenter ou à soutenir, les transactions, les emplois de capitaux, les acquisitions, les emprunts, les ventes ou échanges d'immeubles, les acceptations de legs ou donations, les pensions à accorder s'il y a lieu, les traités à conclure pour le service des malades.

Art. 5. — Les commissions de surveillance se réuniront tous les mois. Elles seront en outre convoquées par les préfets ou les sous-préfets toutes les fois que les besoins du service l'exigeront.

Le directeur de l'établissement et le médecin chargé en chef du service médical assisteront aux séances de la commission ; leur voix sera seulement consultative.

Néanmoins le directeur et le médecin en chef devront se retirer de la séance au moment où la commission délibérera sur les comptes d'administration et sur les rapports qu'elle pourrait avoir à adresser directement au préfet.

Art. 6. — Le directeur est chargé de l'administration intérieure de l'établissement et de la gestion de ses biens et revenus.

Il pourvoit, sous les conditions prescrites par la loi, à l'admission et à la sortie des personnes placées dans l'établissement.

Il nomme les préposés de tous les services de l'établissement ; il les révoque, s'il y a lieu. Toutefois les surveillants, les infirmiers et les gardiens devront être agréés par le médecin en chef ; celui-ci pourra demander leur révocation au directeur. En cas de dissentiment, le préfet prononcera.

Art. 7. — Le directeur est exclusivement chargé de pourvoir à tout ce qui concerne le bon ordre et la police de l'établissement, dans les limites du règlement de service intérieur, qui sera arrêté, en exécution de l'article 7 de la loi du 30 juin 1838, par notre ministre de l'intérieur.

Il résidera dans l'établissement.

Art. 8. — Le service médical, en tout ce qui concerne le régime physique et moral, ainsi que la police médicale et personnelle des aliénés, est placé sous l'autorité du médecin, dans les limites du règlement de service intérieur mentionné à l'article précédent.

Les médecins adjoints, dans les maisons où le règlement intérieur en établira, les élèves, les surveillants, les infirmiers, et les gardiens, sont, pour le service médical, sous l'autorité du médecin en chef.

Art. 9. — Le médecin en chef remplira les obligations imposées aux médecins par la loi du 30 juin 1838, et délivrera tous certificats relatifs à ses fonctions.

Ces certificats ne pourront être délivrés par le médecin adjoint qu'en cas d'empêchement constaté du médecin chef.

En cas d'empêchement constaté du médecin en chef et du médecin adjoint, le préfet est autorisé à pourvoir provisoirement à leur remplacement.

Art. 10. — Le médecin en chef sera tenu de résider dans l'établissement.

Il pourra toutefois être dispensé de cette obligation par une décision spéciale de notre ministre de l'intérieur, pourvu qu'il fasse chaque jour, au moins, une visite générale des aliénés confiés à ses soins, et qu'en cas d'empêchement il puisse être suppléé par un médecin résidant.

Art. 11. — Les commissions administratives des hospices civils qui ont formé ou qui formeront à l'avenir dans ces établissements des quartiers affectés aux aliénés seront tenues de faire agréer par le préfet un préposé responsable, qui sera soumis à toutes les obligations imposées par la loi du 30 juin 1838.

Dans ce cas, il ne sera pas créé de commission de surveillance.

Le règlement intérieur des quartiers consacrés au service des aliénés sera soumis à l'approbation de notre ministre de l'intérieur conformément à l'article 7 de cette loi.

Art. 12. — Il ne pourra être créé, dans les hospices civils, des quartiers affectés aux aliénés, qu'autant qu'il sera justifié que l'organisation de ces quartiers permet de recevoir et de traiter cinquante aliénés au moins.

Quant aux quartiers actuellement existants, où il ne pourrait être traité qu'un certain nombre d'aliénés, il sera statué sur leur maintien par notre ministre de l'intérieur.

Art. 13. — Notre ministre de l'intérieur pourra toujours autoriser, ou même ordonner d'office, la réunion des fonctions de directeur et de médecin.

Art. 14. — Le traitement du directeur et du médecin sera déterminé par un arrêté de notre ministre de l'intérieur.

Art. 15. — Dans tous les établissements publics où le travail des aliénés sera intro-

duit comme moyen curatif, l'emploi du produit de ce travail sera déterminé par le règlement intérieur de ces établissements.

Art. 16. — Les lois et règlements relatifs à l'administration générale des hospices et établissements de bienfaisance, notamment en ce qui concerne l'ordre de leurs services financiers, la surveillance de la gestion du receveur, les formes de la comptabilité sont applicables aux établissements publics d'aliénés en tout ce qui n'est pas contraire aux dispositions qui précèdent.

TITRE II

DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONSACRÉS AUX ALIÉNÉS

Art. 17. — Quiconque voudra former ou diriger un établissement privé destiné au traitement des aliénés devra en adresser la demande au préfet du département où l'établissement devra être situé.

Art. 18. — Il justifiera :

1° Qu'il est majeur et exerçant ses droits civils ;

2° Qu'il est de bonne vie et mœurs ; il produira à cet effet un certificat délivré par le maire de la commune ou de chacune des communes où il aura résidé depuis trois ans ;

3° Qu'il est docteur en médecine.

Art. 19. — Si le requérant n'est pas docteur en médecine, il produira l'engagement d'un médecin qui se chargera du service médical de la maison, et déclarera se soumettre aux obligations spécialement imposées, sous ce rapport, par les lois et règlements.

Ce médecin devra être agréé par le préfet qui pourra toujours le révoquer. Toutefois cette révocation ne sera définitive qu'autant qu'elle aura été approuvée par notre ministre de l'intérieur.

Art. 20. — Le requérant indiquera, dans sa demande, le nombre et le sexe des pensionnaires que l'établissement pourra contenir ; il en sera fait mention dans l'autorisation.

Art. 21. — Il déclarera si l'établissement doit être uniquement affecté aux aliénés, ou s'il recevra d'autres malades. Dans ce dernier cas, il justifiera, par la production du plan de l'établissement, que le local consacré aux aliénés est entièrement séparé de celui qui est affecté au traitement des autres malades.

Art. 22. — Il justifiera :

1° Que l'établissement n'offre aucune cause d'insalubrité, tant au dedans qu'au dehors, et qu'il est situé de manière à ce que les aliénés ne soient pas incommodés par un voisinage bruyant ou capable de les agiter ;

2° Qu'il peut être alimenté en tout temps d'eau de bonne qualité et en quantité suffisante ;

3° Que, par la disposition des localités, il permet de séparer complètement les sexes, l'enfance et l'âge mûr ; d'établir un classement régulier entre les convalescents, les malades paisibles et ceux qui sont agités ; de séparer également les aliénés épileptiques ;

4° Que l'établissement contient des locaux particuliers pour les aliénés atteints de maladies accidentelles, et pour ceux qui ont des habitudes de malpropreté ;

5° Que toutes les précautions ont été prises, soit dans les constructions, soit dans la fixation du nombre des gardiens, pour assurer le service et la surveillance de l'établissement.

Art. 23. — Il justifiera également, par la production du règlement intérieur de la

maison, que le régime de l'établissement offrira toutes les garanties convenables sous le rapport des bonnes mœurs et de la sûreté des personnes.

Art. 24. — Tout directeur d'un établissement privé consacré au traitement des aliénés devra, avant d'entrer en fonctions, fournir un cautionnement dont le montant sera déterminé par l'ordonnance royale d'autorisation.

Art. 25. — Le cautionnement sera versé, en espèces, à la caisse des dépôts et consignations, et sera exclusivement destiné à pourvoir, dans les formes et pour les cas déterminés dans l'article suivant, aux besoins des aliénés pensionnaires.

Art. 26. — Dans tous les cas où, par une cause quelconque, le service d'un établissement privé consacré aux aliénés se trouverait suspendu, le préfet pourrait constituer, à l'effet de remplir les fonctions de directeur responsable, un régisseur provisoire, entre les mains duquel la caisse des dépôts et consignations, sur les mandats du préfet, versera ce cautionnement, en tout ou en partie, pour l'appliquer au service des aliénés.

Art. 27. — Tout directeur d'un établissement privé consacré aux aliénés pourra, à l'avance, faire agréer, par l'administration, une personne qui se chargera de le remplacer dans le cas où il viendrait à cesser ses fonctions par suite de suspension, d'interdiction judiciaire, d'absence, de faillite, de décès ou pour toute autre cause.

La personne ainsi agréée sera de droit, dans ces divers cas, investie de la gestion provisoire de l'établissement, et soumise à ce titre, à toutes les obligations du directeur lui-même.

Cette gestion provisoire ne pourra jamais se prolonger au delà d'un mois sans une autorisation spéciale du préfet.

Art. 28. — Dans le cas où le directeur cesserait ses fonctions par une cause quelconque, sans avoir usé de la faculté ci-dessus, ses héritiers ou ayants cause seront tenus de désigner, dans les vingt-quatre heures, la personne qui sera chargée de la régie provisoire de l'établissement, et soumise, à ce titre à toutes les obligations du directeur.

A défaut, le préfet fera lui-même cette désignation.

Les héritiers ou ayants cause du directeur devront, en outre, dans le délai d'un mois, présenter un nouveau directeur pour en remplir définitivement les fonctions.

Si la présentation n'est pas faite dans ce délai, l'ordonnance royale d'autorisation sera réputée rapportée de plein droit, et l'établissement sera fermé.

Art. 29. — Lorsque le directeur d'un établissement privé consacré aux aliénés voudra augmenter le nombre des pensionnaires qu'il aura été autorisé à recevoir dans cet établissement, il devra former une demande en autorisation à cet effet, et justifier que les bâtiments primitifs ou ceux additionnels qu'il aurait fait construire sont, ainsi que leurs dépendances, convenables et suffisants pour recevoir le nombre déterminé de nouveaux pensionnaires.

L'ordonnance royale qui statuera sur cette demande déterminera l'augmentation proportionnelle que le cautionnement pourra recevoir.

Art. 30. — Le directeur de tout établissement privé consacré aux aliénés devra résider dans l'établissement.

Le médecin attaché à l'établissement, dans le cas prévu par l'article 19 de la présente ordonnance, sera soumis à la même obligation.

Art. 31. — Le retrait de l'autorisation pourra être prononcé, suivant la gravité des circonstances, dans tous les cas d'infraction aux lois et règlements sur la matière, et notamment dans les cas ci-après :

1° Si le directeur est privé de l'exercice des droits civils ;

2° S'il reçoit un nombre de pensionnaires supérieur à celui fixé par l'ordonnance d'autorisation ;

3° S'il reçoit des aliénés d'un autre sexe que celui indiqué par cette ordonnance ;

4° S'il reçoit des personnes atteintes de maladies autres que celles qu'il a déclaré vouloir traiter dans l'établissement ;

5° Si les dispositions des lieux sont changées ou modifiées de manière à ce qu'ils cessent d'être propres à leur destination, ou si les précautions prescrites pour la sûreté des personnes ne sont pas constamment observées ;

6° S'il est commis quelque infraction aux dispositons du règlement du service intérieur en ce qui concerne les mœurs ;

7° S'il a été employé à l'égard des aliénés des traitements contraires à l'humanité ;

8° Si le médecin agréé par l'administration est remplacé par un autre médecin, sans qu'elle en ait approuvé le choix ;

9° Si le directeur contrevient aux dispositions de l'article 8 de la loi du 30 juin 1838 ;

10° S'il est frappé d'une condamnation prononcée en exécution de l'article 41 de la même loi.

Art. 32. — Pendant l'instruction relative au retrait de l'ordonnance royale d'autorisation, le préfet pourra prononcer la suspension provisoire du directeur, et instituer un régisseur provisoire conformément à l'article 26.

Art. 33. — Il sera statué, pour le retrait des autorisations, par une ordonnance royale.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 34. — Les établissements publics ou privés, consacrés aux aliénés du sexe masculin, ne pourront employer que des hommes pour le service personnel des aliénés.

Des femmes seules seront chargées du service personnel des aliénées, dans les établissements destinés aux individus du sexe féminin.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Art. 35. — Les établissements privés actuellement existants devront, dans les six mois à dater du jour de la présente ordonnance, se pourvoir en autorisation, dans les formes prescrites par les articles ci-dessus ; passé ce délai, lesdits établissements seront fermés.

Art. 36. — Notre ministre secrétaire d'État au département de l'intérieur est chargé de l'exécution de la présente ordonnance, qui sera insérée au Bulletin des lois.

Signé : Louis-Philippe.

Un commentaire approfondi de la loi de 1838 tout entière ne saurait trouver place ici ; il importe cependant d'examiner en détails certaines de ses parties de manière à bien mettre en lumière les droits et les devoirs qu'elle confère au médecin, les divers rôles qu'elle lui assigne vis-à-vis des aliénés. C'est ce que nous allons nous efforcer de faire dans les pages suivantes. Pour cela nous passerons successivement en revue :

1° L'entrée du malade dans l'asile d'aliénés.

2° Son séjour à l'asile.

3° Sa sortie de l'asile.

Chemin faisant nous signalerons les défectuosités et les lacunes les plus importantes de la loi de 1838 ; nous étudierons ensuite dans un paragraphe spécial l'internement des aliénés *dits criminels* et *des condamnés devenus aliénés* et nous terminerons par un aperçu sur les *législations étrangères* concernant les aliénés.

§ 1. — Entrée à l'asile.

Placement volontaire ; placement d'office. Certificat médical d'admission. Internement des enfants, des militaires, des étrangers.

En l'état de nos idées et de nos mœurs, le fait d'avoir été placé dans un asile d'aliénés n'est pas chose indifférente. L'internement peut compromettre la carrière et l'avenir de celui qui en a été l'objet, mettre un obstacle à son mariage ou à celui de ses enfants. Une personne sortant d'un asile d'aliénés éprouve parfois des difficultés à se caser même comme simple employé, ouvrier ou domestique. Sans s'exagérer l'importance de ces inconvénients il faut cependant en tenir compte au moins dans une certaine mesure et par suite n'avoir recours à l'internement qu'en cas de nécessité absolue [1]. L'opportunité du placement se déduit en somme des deux circonstances suivantes :

1° *De la maladie elle-même*, de sa nature, de sa durée et de sa terminaison probables. Il est des variétés d'aliénation mentale comme la manie aiguë, le délire de persécution, pour lesquelles l'internement s'impose le plus souvent ; il en est d'autres, comme la mélancolie, qui peuvent être soignées dans la famille [2].

2° *Du milieu dans lequel se trouve le malade :*

La famille est-elle en situation de lui assurer les soins et la surveillance dont il a besoin, ou au contraire est-il abandonné à lui-même, dépourvu de ressources ?

Le placement décidé, où faut-il le faire et quelles sont les formalités à remplir ?

Le choix de l'établissement appartient naturellement à la famille, c'est à elle de s'entendre pour le prix de la pension avec le directeur d'un établissement privé ou public.

[1] Voyez. *a.* Lunier. L'isolement des aliénés considéré comme moyen de traitement et comme mesure d'ordre public. (*Bulletin de l'Académie de médecine,* 19 avril 1870.)

b. L'opportunité de l'isolement et de la séquestration au point de vue médico-légal. Discussion à la Société médico-psychologique. *Ann. méd. psych.*, 1863.

c. Comptes rendus du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes tenu à Nancy en 1896. Internement des aliénés (*Thérapeutique et législation*). Rapport par Paul Garnier. Discussion. Charpentier, Doutrebente, Taty, Rouby, Lapointe, Marie, Delmas, Paris. Bourneville.

d. Charpentier. Quand faut-il enfermer un aliéné ? Paris, 1892.

[2] Féré. *Du traitement des aliénés dans les familles.* Paris, 1889.

Quant aux règles à suivre pour le placement les voici en détail : La loi distingue deux sortes de placements pour les aliénés :

1° Le placement volontaire *s'appliquant à tout individu atteint d'aliénation mentale quelle qu'en soit la forme.*

2° Le placement d'office visant uniquement les personnes dont l'*état d'aliénation mentale compromet l'ordre public et la sûreté des personnes.*

Le placement volontaire est demandé uniquement dans l'intérêt du malade, il a pour but d'assurer son traitement ; le placement d'office est opéré en vue de la sécurité publique compromise par l'aliéné. Pour effectuer le premier un certificat médical est indispensable ; le second peut avoir lieu sur un ordre motivé du Préfet de Police dans le département de la Seine et du Préfet dans les autres départements[1] indiquant les circonstances qui l'ont rendu nécessaire. En pratique, il est extrêmement rare qu'un Préfet prenne un arrêté de cette nature sans avoir fait au préalable examiner l'aliéné par un médecin. La formalité la plus importante pour le placement, soit volontaire, soit d'office, est donc le certificat médical.

La loi exige que ce certificat soit établi d'une certaine façon ; il faut que cette pièce :

1° Constate l'état mental de la personne à placer ;

2° Indique les particularités de la maladie ;

3° Indique la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir renfermée.

Le modèle suivant répond aux exigences de la loi :

Je soussigné, docteur en médecine, demeurant à (ville, rue, n°,...) certifie que M. (Nom, prénoms, âge, état civil, profession, domicile) est atteint d'aliénation mentale. Cette affection présente les particularités suivantes : (insister surtout sur le délire, les hallucinations, les actes dangereux commis par le malade et, à défaut, sur ses tendances morbides).

Dans ces conditions il y a nécessité de faire traiter M... dans un établissement d'aliénés[1] *et de l'y maintenir enfermé.*

En foi de quoi je délivre le présent certificat dont j'affirme le contenu sincère et véritable pour valoir ce que de droit.

A *le* 18

(Signature.)

[1] Dans les départements tout ce qui concerne les aliénés incombe au Préfet. Dans la Seine les attributions sont partagées entre les deux préfectures.

La *Préfecture de Police* assure la séquestration des aliénés dangereux pour la sécurité des personnes ou l'ordre public ; elle ordonne leur placement (placement d'office) et leur sortie. — Elle contrôle l'établissement des asiles privés, les inspecte et les surveille. En résumé elle a pour mission de concilier l'ordre public avec le respect de la liberté des individus.

La Préfecture de la Seine a l'administration des asiles publics, le traitement et l'entretien des malades, l'ordonnancement de dépenses, le recouvrement des frais de séjour. Elle a en outre l'administration des biens des aliénés traités dans les asiles publics quand ils ne sont pas pourvus d'un tuteur ou d'un administrateur provisoire nommé par le Tribunal.

[1] L'expression Asile d'aliénés choque parfois les familles aussi lui substitue-t-on souvent

Il ne faut pas oublier de *dater* le certificat; celui-ci en effet ne peut être admis s'il a été délivré plus de quinze jours avant sa remise au directeur de l'asile d'aliénés; or, comment établir qu'il a été délivré depuis moins de quinze jours s'il ne porte pas de date?

Ce certificat doit être écrit sur papier timbré [1] à 60 centimes à moins qu'il ne soit délivré à un indigent. Dans ce cas il peut être écrit sur papier ordinaire mais alors le médecin doit avoir bien soin, sous peine d'amende, de mettre au-dessous, cette mention : *certificat délivré gratuitement.*

La signature du médecin certificateur doit être *légalisée* par le commissaire de police du lieu où habite ce médecin et dans les localités où il n'y a pas de commissaire de police, par le maire. Cette légalisation ne signifie pas autre chose que ceci : la signature ci-apposée est bien la signature de M. le Dr un tel. Cette formalité contrairement à l'opinion généralement répandue n'est pas exigée par la loi, il est cependant nécessaire de s'y conformer car un directeur d'établissement d'aliénés a le droit et on peut ajouter le devoir de refuser un certificat médical portant une signature non légalisée à moins que cette signature lui soit familière. Quelle garantie en effet pourrait-il avoir en l'absence de légalisation que la pièce à lui présentée n'est pas un faux.

Tout médecin fera donc bien de déposer sa signature chez le commissaire de police ou chez le maire pour n'avoir pas à se déranger chaque fois qu'il délivrera un certificat.

Quand on a pu faire un diagnostic exact il est bon d'indiquer entre parenthèses à côté du mot aliénation mentale la forme morbide, par exemple (délire de persécution), mais cela n'est pas nécessaire; lorsqu'on n'est pas sûr de son diagnostic, il vaut mieux s'en tenir au terme général d'aliénation mentale le seul exigé par la loi. Un certificat doit être en somme une sorte d'*inventaire de symptômes* avec l'indication des conséquences fâcheuses que ceux-ci peuvent avoir pour le malade et pour autrui.

Le certificat médical d'admission ne peut être délivré ni par un médecin de l'établissement, ni par un médecin parent ou allié, au second degré inclusivement, des chefs ou propriétaires de l'établissement ou de la personne qui fera effectuer le placement.

La loi, par contre, n'indique aucune prohibition résultant d'un lien de parenté entre le médecin certificateur et la personne à placer.

Un médecin ne doit jamais rédiger un certificat sur les seuls renseignements fournis par l'entourage de la personne supposée atteinte d'aliénation mentale, il faut absolument qu'il voie la personne et constate lui-même des troubles mentaux. Il est bon d'indiquer à la suite de l'exposé de ces constatations les propos, menaces, actes déraisonnables et dangereux révélés par la

celle d'*établissement spécial* qui est acceptée comme équivalente par les directeurs d'asiles, mais ceux-ci seraient en droit d'exiger les mots asile d'aliénés.

[1] L'emploi du papier timbré est obligatoire non de par la loi sur les aliénés mais en vertu d'une décision ministérielle du 17 novembre 1864 qui range parmi les certificats soumis au timbre le *certificat pour les aliénés délivré à des particuliers ou employé dans un intérêt privé.*

famille mais en spécifiant qu'il s'agit là de renseignements recueillis dans l'entourage.

En outre du certificat médical il faut encore pour effectuer un placement volontaire (Art. 8) :

1° Une demande d'admission contenant les noms, profession, âge et domicile tant de la personne qui la forme que de celle dont le placement est réclamé, et l'indication du degré de parenté ou, à défaut, de la nature des relations qui existent entre elles.

La demande, dans la pratique, se rédige dans le bureau de la direction de l'établissement d'aliénés, mais elle doit être écrite et signée par celui qui la forme; *on ne doit donc pas se servir de formules imprimées*. Quand celui qui fait la demande ne sait pas écrire, celle-ci est reçue par le maire ou le commissaire de police qui en donne acte.

2° Une ou plusieurs pièces établissant l'identité tant de la personne qui demande le placement que de celle dont le placement est réclamé (Acte de naissance, livret de mariage, passe-port, etc.). — Les chefs, préposés ou directeurs, doivent s'assurer, sous leur responsabilité, de l'individualité de la personne qui forme la demande, lorsque cette demande n'a pas été reçue par le maire ou le commissaire de police.

Si la demande d'admission est formée par le tuteur d'un interdit il doit fournir à l'appui un extrait du jugement d'interdiction.

Telles sont les formalités requises pour un placement volontaire. Voyons maintenant comment celui-ci peut s'effectuer.

Ordinairement le malade se laisse conduire à l'asile sans grande difficulté surtout si on a soin d'user de subterfuge en s'inspirant de son délire même ou de sa profession : Visite ou réclamations aux autorités, affaire à traiter, achat d'une propriété, promenade, etc., etc. Mais il arrive aussi que l'aliéné ne tombe pas dans le piège et ne veut pas se laisser emmener : c'est surtout avec les délirants partiels, avec les persécutés qu'on éprouve ces résistances. Dans ce cas, si le placement doit avoir lieu dans une maison de santé particulière, le mieux est de s'entendre avec le directeur qui enverra des infirmiers chercher le malade. Les asiles publics à Paris ne se chargent jamais de ce soin; il n'en est généralement pas de même en province.

Enfin, quand il est impossible de venir à bout du malade et que celui-ci se montre dangereux il faut s'adresser aux autorités : commissaire de police ou maire, suivant la localité. Mais les représentants de l'autorité d'après la loi, ne peuvent intervenir en pareille occurrence qu'en cas de *danger imminent attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique*. Le médecin devra donc alors libeller son certificat de la manière suivante : — Au lieu et place de la phrase : *Dans ces conditions il y a, etc...* mettre : *l'état d'aliénation de M... compromet l'ordre public et la sûreté des personnes, il y a donc urgence de le placer dans un asile d'aliénés et de l'y maintenir renfermé.*

A Paris, les placements d'office, à moins de circonstances tout à fait exceptionnelles, s'effectuent par l'intermédiaire de l'infirmerie spéciale près le

Dépôt de la préfecture de police; les placements volontaires se font directement non seulement dans les maisons de santé particulières mais aussi dans les divers asiles publics du département. A Sainte-Anne, Villejuif, Vaucluse, Ville-Évrard, Maison-Blanche on reçoit les malades soit gratuitement, soit à titre de pensionnaires suivant qu'ils sont ou non indigents; la maison de santé annexée à Ville-Évrard et la maison nationale de Charenton sont réservées aux malades aisés.

Toutefois les asiles publics de la Seine ne peuvent pas recevoir à titre de placement volontaire les aliénés indigents qui n'ont pas leur domicile de secours[1] dans le département.

La plupart des asiles de province ne reçoivent pas les placements volontaires à titre gratuit et cela en vertu d'ordres préfectoraux. Les préfets en effet veulent s'assurer au préalable que les familles qui demandent le placement gratuit sont réellement dans l'impossibilité de payer. Les familles qui ne sont pas en mesure de payer devront donc demander le placement au maire qui le demandera lui-même au préfet.

Le placement *volontaire gratuit* rentre alors dans la catégorie des placements d'office.

En cas d'urgence les chefs des établissements *publics* peuvent se dispenser d'exiger le certificat du médecin. Après l'admission d'urgence le directeur de l'asile public est-il néanmoins obligé de poursuivre la délivrance du certificat médical ? Les avis sont partagés sur ce point : les uns disent oui, le plus grand nombre disent non. Ce sont évidemment ces derniers qui ont raison. En effet si l'aliéné a été vu par un médecin il est possible de réclamer, par l'intermédiaire de la famille, un certificat à ce docteur et le directeur fera bien de n'y

[1] La loi sur l'assistance médicale gratuite du 15 juillet 1893 a réglé la question du domicile de secours dans son titre II de la façon suivante :

Domicile de secours. — Art. 6. — Le domicile de secours s'acquiert : 1° par une résidence habituelle d'un an dans une commune, postérieurement à la majorité ou à l'émancipation ; 2° par la filiation. L'enfant a le domicile de secours de son père. Si la mère a survécu au père, ou si l'enfant est un enfant naturel reconnu par sa mère seulement, il a le domicile de sa mère. En cas de séparation de corps ou de divorce des époux, l'enfant légitime partage le domicile de l'époux à qui a été confié le soin de son éducation ; 3° par le mariage. La femme, du jour de son mariage, acquiert le domicile de secours de son mari. Les veuves, les femmes divorcées ou séparées de corps, conservent le domicile de secours antérieur à la dissolution du mariage ou au jugement de séparation. Pour les cas non prévus dans le second article, le domicile de secours est le lieu de la naissance jusqu'à la majorité ou l'émancipation.

Art. 7. — Le domicile de secours se perd : 1° Par une absence ininterrompue d'une année postérieurement à la majorité ou à l'émancipation ; 2° par l'acquisition d'un autre domicile de secours. Si l'absence est occasionnée par des circonstances excluant toute liberté de choix de séjour ou par un traitement dans un établissement hospitalier situé en dehors du lieu habituel de résidence du malade, le délai d'un an ne commence à courir que du jour où ces circonstances n'existent plus.

Art. 8. — A défaut de domicile de secours communal, l'assistance communale incombe au département dans lequel le malade privé de secours aura acquis son domicile de secours. Quand le malade n'a ni domicile de secours communal, ni domicile de secours départemental, l'assistance médicale incombe à l'Etat.

Art. 9. — Les enfants assistés ont leur domicile de secours dans le département au service duquel ils appartiennent, jusqu'à ce qu'ils aient acquis un autre domicile de secours.

pas manquer; mais si l'aliéné n'a été l'objet d'aucun examen médical on se demande comment le directeur pourrait exiger un certificat. Faire venir un médecin à l'asile? Mais celui-ci pourra seulement constater l'état mental existant au moment de son examen et non l'état mental qui existait avant l'admission.

La loi ne laisse pas aux chefs des établissements *privés* la latitude qu'elle accorde à ceux des établissements *publics* de ne pas exiger le certificat du médecin; ce certificat qui doit être joint à la demande d'admission ne peut même pas être remplacé par un certificat délivré au moment du placement par un médecin étranger à l'établissement et appelé à cet effet dans l'établissement. C'est ce qu'a décidé la cour de Cassation dans un arrêt du 27 décembre 1875.

Les chefs des établissements privés ne sont pas obligés de recevoir un aliéné dont ils ne veulent pas pour une raison ou pour une autre.

Enfants. — La loi n'indique aucune condition d'âge pour le placement volontaire ou d'office dans un asile public ou dans un asile privé; les *enfants* peuvent donc être placés dans les mêmes conditions que les adultes.

Internement des étrangers. — La loi sur les aliénés n'est pas en principe, applicable aux étrangers résidant en France. Mais les dispositions relatives à l'internement d'office des aliénés dangereux sont au premier chef des mesures de police, or, celles-ci s'appliquent à tous les individus résidant sur le territoire. — Les mesures de protection se rapportant aux placements volontaires s'étendent également aux étrangers.

Internement des militaires. — Dans certains pays, notamment en Russie[1], et en Angleterre, il existe pour les militaires des armées de terre et de mer qui deviennent aliénés, des asiles spéciaux dépendant du Ministère de la Guerre et du Ministère de la Marine.

En France nous n'avons rien de semblable : les militaires frappés d'aliénation mentale sont envoyés dans des asiles ordinaires désignés par le Ministre et avec lesquels l'administration de la Guerre a passé des conventions. A Paris c'est Charenton qui reçoit les aliénés de l'armée.

D'après MM. du Cazal et Catrin, médecins militaires, voici comment les choses doivent se passer[2] :

La demande d'admission est établie par le général commandant la subdivision et adressée dans les départements aux préfets, à Paris au préfet de police.

En cas de danger imminent la demande est adressée, à Paris au commissaire de police, et au maire dans les autres communes.

Elle doit être accompagnée :

1° D'un certificat de visite et de contre-visite concluant à la nécessité de la

[1] Vallon et Marie. *Les aliénés en Russie*, chap. vi. Les asiles militaires. Paris 1899.

[2] Ducazal et Catrin. *Médecine légale militaire*, volume de l'encyclopédie scientifique des aide-mémoire, publié sous la direction de M. Léauté, p. 142 et 143.

translation dans un établissement spécialement destiné au traitement des aliénés;

2° D'un rapport du médecin traitant constatant l'état mental, les particularités de la maladie, la nécessité de faire traiter le malade dans un établissement spécial et de l'y tenir enfermé.

Les certificats et le rapport ne sont plus valables s'ils ont été délivrés depuis plus de quinze jours ;

3° L'état signalétique et des services du militaire. Cet état est fourni par le corps auquel il est demandé par le médecin chef de l'hôpital qui provoque l'évacuation de l'aliéné.

Le médecin-chef adresse les certificats, le rapport et l'état signalétique au général commandant la subdivision, qui fait la demande d'internement.

§ 2. — Séjour de l'aliéné dans l'asile.

Formalités postérieures au placement : Surveillance des établissements d'aliénés. Condition des aliénés internés; ses conséquences au point de vue de la pratique médicale.

A. Des formalités postérieures au placement; certificats médicaux : immédiat, de quinzaine, semestriel; registre de la loi, médecins inspecteurs. — Le grand reproche qu'on fait à la loi de 1838 c'est de permettre l'internement sur le simple certificat d'un seul médecin, et d'un médecin dépourvu le plus souvent de connaissances spéciales en aliénation mentale. Or c'est là une critique qui n'est pas fondée. La personne qui a fait l'objet d'un certificat d'aliénation mentale une fois entrée dans un établissement public ou privé, tout n'est pas fini il s'en faut. L'autorité administrative à laquelle la loi a refusé tout rôle dans les formalités préliminaires va maintenant entrer en scène et exercer son contrôle. La loi en effet, précisément dans le but d'éviter les séquestrations arbitraires, exige après l'entrée plusieurs formalités, en premier lieu l'envoi à l'autorité administrative, dans les vingt-quatre heures, d'un certificat du médecin de l'établissement. Ce certificat est dit : *Certificat immédiat*.

En outre quand le placement a lieu dans un établissement privé, l'autorité administrative c'est-à-dire le préfet dans les départements, le préfet de police à Paris, charge un ou plusieurs médecins de visiter dans les trois jours la personne placée afin de constater son état mental et de lui en faire rapport sur-le-champ. A Paris, en raison du nombre important des placements dans les établissements privés, cette visite est confiée à deux médecins inspecteurs spéciaux attachés à la préfecture de police. Les maisons de santé sont divisées en deux circonscriptions affectées chacune à un des deux inspecteurs. Dans ces cas le médecin exerce donc une mission de contrôle. Celui qui en est chargé doit se faire représenter toutes les pièces produites pour l'admission, en vérifier la teneur, prendre auprès du médecin de l'établissement tous les renseignements capables d'éclairer son jugement et enfin procéder à l'examen direct de la personne placée. Celle-ci se trouve donc en définitive avoir été

soumise à l'examen de trois médecins : celui de sa famille, celui de l'établissement, celui délégué par le préfet; elle est ainsi suffisamment garantie contre une erreur ou une séquestration arbitraire.

La visite de contrôle n'existe pas pour les placements effectués dans un asile public; la loi se contente du certificat du médecin de l'établissement, médecin nommé par l'Administration, placé sous son autorité directe et par conséquent offrant toutes garanties.

La loi n'indique pas les conditions que doit remplir le certificat immédiat du médecin de l'établissement et le rapport du médecin inspecteur, mais il faut évidemment que ces pièces mentionnent, comme le certificat d'admission, les particularités de la maladie et la nécessité de maintenir dans l'établissement la personne qui y a été placée.

Le médecin de l'établissement et le médecin inspecteur ne sont pas tenus de se prononcer catégoriquement dans les vingt-quatre heures. Il leur est loisible quand ils ne sont pas parfaitement édifiés, de rédiger un certificat provisoire conçu dans ces termes ou dans des termes analogues : « état mental douteux, nécessité d'un plus long examen, à maintenir provisoirement »; et de remettre à un ou plusieurs jours le soin de rédiger un certificat plus explicite et concluant formellement soit à la mise en liberté, soit à la nécessité de maintenir le malade dans l'établissement.

Quand le médecin de l'établissement ou le médecin inspecteur déclare que la personne placée n'est pas atteinte d'aliénation mentale, si le placement est volontaire la mise en liberté a lieu immédiatement; s'il s'agit d'un placement d'office, il faut un arrêté de sortie signé du préfet dans les départements du préfet de police à Paris.

Si dans le placement, l'autorité judiciaire qui est avertie des internements effectués, trouve les éléments constitutifs du délit de séquestration prévu par le code pénal, elle peut en poursuivre les auteurs.

L'autorité judiciaire peut également poursuivre pour de simples irrégularités alors même que l'internement est pleinement justifié.

La surveillance de l'aliéné ne s'exerce pas seulement au moment de son placement, elle se continue tout le temps de son séjour dans l'établissement pour empêcher qu'il puisse y être retenu une fois guéri.

Quinze jours après le placement le médecin de l'établissement public ou privé doit envoyer au préfet un nouveau certificat : *certificat de quinzaine* confirmant ou rectifiant s'il y a lieu, les observations contenues dans le certificat immédiat.

D'après les articles 12 et 18 de la loi, chaque établissement doit posséder un registre pour les placements volontaires et un registre pour les placements d'office sur lesquels sont transcrits entre autres pièces tous les certificats médicaux : d'admission, immédiat, de quinzaine. Dans la pratique on se contente habituellement d'un seul registre. Sur ce registre dit *registre de la loi* le médecin inspecteur inscrit lui-même le certificat qu'il rédige à la suite de sa visite à toute personne placée volontairement dans un asile privé, certificat dont il envoie copie au préfet de police.

Sur ce registre le médecin de l'établissement est tenu de consigner tous les mois les changements survenus dans l'état de chaque malade.

Sur ce registre enfin doivent être portés la sortie ou le décès de l'aliéné.

Le livre de la loi constitue en somme un répertoire de tous les individus internés, avec les divers certificats dont ils ont été l'objet; il facilite le contrôle des diverses autorités chargées comme nous allons le voir, de la surveillance des établissements d'aliénés.

Le médecin de tout établissement public ou privé doit, non seulement porter des notes mensuelles sur le registre de la loi, mais encore, périodiquement, tous les six mois, au commencement de janvier et au commencement de juillet, adresser au préfet de police dans le département de la Seine et au préfet dans les autres départements un bulletin sur chaque personne placée dans son établissement constatant le résultat du traitement et la nécessité soit de faire sortir, soit de maintenir la personne.

De son côté et à la même époque, le médecin délégué du préfet dans les départements doit visiter tous les aliénés internés et diriger un bulletin concluant soit à la sortie, soit au maintien dans l'établissement. Dans la plupart des départements la visite se borne aux asiles privés.

A Paris, pour les asiles privés ce sont les deux médecins inspecteurs de la préfecture de police que nous avons vu intervenir au moment du placement qui sont chargés des certificats semestriels; pour les asiles publics ce sont d'autres médecins inspecteurs également attachés à la préfecture de police.

Les effets du placement d'office ne durent que six mois, aussi deux fois par an en se basant sur les certificats médicaux semestriels, le préfet doit-il statuer sur le cas de chaque personne placée d'office dans un asile d'aliénés. A Paris au bas de l'imprimé sur lequel le médecin inspecteur écrit son certificat se trouvent les lignes suivantes :

Nous, Préfet de Police.

Vu le rapport fourni par le médecin traitant;
Vu les conclusions du présent rapport;
Vu les articles 4 et 20 de la loi du 30 juin 1838.

Arrêtons ce qui suit :

Le malade ci-dessus dénommé sera maintenu dans l'asile où il est actuellement interné.

Le préfet de police :

Pour le préfet et par délégation :
Le secrétaire général :

Paris le

B. — Surveillance des établissements d'aliénés. — La loi de 1838 ne s'est pas bornée à faire des prescriptions, elle a encore assuré l'exécution de celles-ci en organisant dans son article 4 tout un système de surveillance des éta-

blissements publics et privés et en édictant, dans son article 41, des pénalités contre ceux qui y contreviendraient.

La surveillance des établissements d'aliénés est dévolue à trois sortes de personnes :

1° Le préfet et les délégués du préfet, les délégués du Ministre de l'Intérieur;

2° Les magistrats : le président du tribunal, le procureur de la République, le juge de paix.

3° Le maire de la commune.

Ces différentes autorités sont chargées de visiter les établissements publics et privés consacrés aux aliénés et dans l'intervalle de leurs visites d'accueillir les requêtes et réclamations qui leur sont adressées par les personnes internées. Aussi le dernier paragraphe de l'article 29 spécifie-t-il qu'aucunes requêtes, aucunes réclamations adressées, soit à l'autorité judiciaire, soit à l'autorité administrative, ne pourront être supprimées ou retenues par les chefs d'établissements, sous les peines portées au titre III.

Les délégués des préfets, en ce qui concerne la vérification de l'état mental des personnes placées, sont les médecins que nous avons vu intervenir au moment de l'entrée puis au commencement de chaque semestre.

Les délégués du Ministre de l'Intérieur sont les inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance dans lesquels sont compris les asiles d'aliénés. Autrefois il existait un corps spécial d'inspecteurs généraux pour le service des aliénés. Un décret du 15 novembre 1848 avait établi dans l'inspection générale des services administratifs, 3 sections : prisons, établissements de bienfaisance, asiles d'aliénés. Cette dernière section se composait de 3 inspecteurs qui devaient être choisis parmi les *médecins* ayant exercé pendant cinq ans au moins les fonctions de directeur-médecin, de médecin en chef ou de directeur dans un service public d'aliénés d'au moins cent malades. Ces inspecteurs, de par leur origine même, possédaient donc une compétence toute particulière. Ils ont été supprimés en 1883. Actuellement ce sont les mêmes inspecteurs généraux qui s'occupent de tous les établissements de bienfaisance quels qu'ils soient, y compris les asiles d'aliénés publics et privés. Ces inspecteurs généraux nommés par décret sur la proposition du Ministre et relevant directement de celui-ci font des tournées au cours desquelles ils examinent la marche des services et l'exécution des lois et règlements. Ce sont des inspecteurs purement administratifs, la plupart d'ailleurs ne sont pas médecins. Ils font un rapport spécial sur chaque établissement. Dans l'intervalle de leurs tournées, assemblés en Conseil, ils donnent leur avis sur tout ce qui concerne le service des aliénés.

C. Condition des aliénés internés ; ses conséquences au point de vue de la pratique médicale. — C'est là une question ressortissant plutôt du droit que de la médecine, nous croyons néanmoins devoir en parler. Le médecin en effet est le défenseur naturel, le défenseur né, des malades confiés à ses soins ; or en bien des circonstances il ne saurait les protéger efficacement s'il était dans

l'ignorance complète de leur condition juridique ; d'autre part le médecin est généralement, la première personne à qui les familles demandent des conseils sur ce sujet ; il est donc bon qu'il soit en état de leur donner au moins quelques renseignements d'un caractère très général ; enfin en raison de la condition des malades confiés à ses soins le médecin est appelé à rédiger un certain nombre de certificats dont il ne saurait comprendre la portée et formuler la teneur s'il ne connaissait pas cette condition juridique [1].

Les aliénés *mineurs* ont la situation de tous les mineurs c'est-à-dire de tous les individus de l'un ou de l'autre sexe qui n'ont point encore l'âge de vingt et un ans accomplis. Leur condition juridique est réglée par le code civil, titre dixième : *De la minorité de la tutelle et de l'émancipation.*

Parmi les aliénés majeurs il faut mettre à part, ceux qui sont *interdits* ou pourvus d'un *conseil judiciaire :* leur condition juridique est celle de tous les individus frappés d'interdiction ou pourvus d'un conseil judiciaire ; elle est définie par le code civil.

La condition des aliénés majeurs internés qui ne sont ni interdits ni pourvus d'un conseil judiciaire est réglée par la loi de 1838, c'est d'eux seuls que nous allons nous occuper.

Dans cette étude de la condition juridique des aliénés internés nous envisagerons successivement :

1° Leur capacité civile.

2° Les mesures de protection que la loi leur assure.

1° *Capacité civile des aliénés internés.* — La capacité de l'aliéné interné est reglée par l'article 39 de la loi de 1838. De prime abord on pourrait supposer que l'internement entache de nullité les actes que le malade va accomplir dans l'asile d'aliénés. Il n'en est rien. L'aliéné, du fait de son internement ne devient pas par cela même incapable ; les actes qu'il fait ne sont pas nuls de droit mais simplement annulables. La nullité peut être demandée par l'aliéné lui-même, ses représentants ou ses ayants cause. Il faut prouver qu'au moment où les actes dont on demande la nullité ont été accomplis, leur auteur était bien réellement atteint d'aliénation mentale.

Seulement les juges peuvent se montrer et se montrent moins exigeants sur la preuve à raison de la présomption de fait qui résulte de la séquestration de la personne au temps de l'acte.

Il faut remarquer que la disposition de l'article 39 n'est relative qu'aux actes passés par l'aliéné pendant le temps qu'il a été retenu dans l'établissement. Donc tous les actes faits soit avant soit après son entrée seront soumis aux règles du droit commun.

Or, d'après le droit commun, toute personne majeure ni internée ni interdite est réputée saine d'esprit, *integri status* et les actes qu'elle accomplit produisent leur plein effet jusqu'à ce qu'on démontre son insanité d'esprit.

[1] Pour la rédaction de la partie purement juridique de ce paragraphe, nous nous sommes surtout servi des deux thèses suivantes pour le doctorat en droit. Joseph de Cagny. *Des asiles d'aliénés.* Paris, 1898 et Victor Faidides. *Du régime des aliénés.* Paris, 1898.

La preuve de l'aliénation mentale doit être faite par la personne qui allègue cette aliénation.

La capacité de l'aliéné interné se rapproche en somme du droit commun. La loi fait cependant une dérogation au droit commun en ce qui concerne ses héritiers. Les actes d'un individu ne peuvent être attaqués après sa mort qu'autant que la preuve de l'aliénation mentale résulte de l'acte lui-même, du moment que l'interdiction n'avait été ni prononcée ni provoquée avant sa mort (article 504 du code civil). Or, quand il s'agit d'un acte commis par un aliéné interné aucune condition n'est mise à l'exercice de l'action par les héritiers, le législateur ayant pensé que l'internement était une présomption suffisante de la folie de l'individu. La nullité ne peut être opposée que pendant un délai de dix ans.

Voyons maintenant quelles sont les conséquences de l'internement au triple point de vue du *mariage*, de la *puissance maritale* et de la *puissance paternelle*.

Mariage. — L'aliéné enfermé dans un asile peut contracter mariage, aucune défense ne pèse sur lui, son mariage est valable, et les conventions matrimoniales faites par lui sont également valables s'il n'est pas interdit. Tout se réduit à cette question de fait : Les parties ont-elles ou non donné en connaissance de cause leur consentement au mariage. Si l'on veut faire annuler ce mariage, ce sera le demandeur à l'action en nullité qui devra prouver l'aliénation mentale.

La possibilité du mariage pour un aliéné interné est une disposition regrettable. Le seul remède est l'opposition au mariage, laquelle ne peut être formée que par un ascendant, le frère ou la sœur, l'oncle ou la tante, le cousin ou la cousine germains ; et encore cette opposition ne peut être maintenue que si l'opposant provoque l'interdiction et y fait statuer dans le délai fixé par le jugement.

L'aliéné interné restant capable de contracter mariage doit pouvoir par suite faire tous actes qui s'y rapportent tels par exemple que les actes respectueux. Un directeur d'asile ne saurait donc l'en empêcher et interdire l'entrée de l'établissement à un notaire requis par lui. Mais un directeur d'asile d'aliénés en présnce d'un de ses malades voulant contracter mariage fera sagement de prévenir les autorités administrative et judiciaire en leur donnant des renseignements très explicites sur l'état mental du malade. Dans le cas de mariage *in extremis* le médecin devra exposer la situation mentale de la personne internée à l'officier de l'état-civil lequel. à ses risques et périls peut accepter ou refuser de célébrer le mariage.

L'aliénation mentale n'est pas elle-même une cause de *séparation de biens ;* l'internement non plus. En effet il résulte des articles 1443 et 1563 du code civil, que la seule cause qui permette d'intenter une demande de séparation, c'est le péril que court la dot de la femme. Il faut donc prouver que l'aliénation mentale du mari fait courir des dangers à la dot de sa femme, et dans ce cas il est préférable de recourir à l'interdiction.

Ni l'aliénation mentale ni l'internement même devant durer toute la vie ne sont des causes de *divorce* et de *séparation de corps*. Bien mieux, si une demande en divorce ou en séparation de corps est fondée sur des excès, sévices ou injures graves, et s'il est démontré que l'époux coupable n'a agi que sous l'influence de la folie, la séparation ou le divorce ne doit point être prononcé sauf au juge à ordonner des mesures de sûreté en faveur de l'époux menacé ; la folie fait perdre, en effet, aux excès, sévices ou injures graves, tout caractère offensant. Ce qui n'empêche pas les tribunaux de prononcer parfois le divorce ou la séparation de corps pour des actes qui n'ont été qu'une des premières manifestations de la folie et cela même contre des aliénés internés ainsi que nous en avons vu des exemples.

Mais ordinairement quand il y a demande de divorce contre une personne internée dans un asile d'aliénés le tribunal s'enquiert auprès du médecin traitant de savoir si cette personne n'avait pas déjà les facultés intellectuelles troublées quand elle a commis les actes objet de l'instance en divorce. Dans sa réponse le médecin, on le conçoit, doit se montrer très réservé et n'affirmer que quand les actes reprochés, contemporains du début supposé de la maladie, apparaissent nettement comme des manifestations de cette maladie.

Puissance maritale. — Le mari placé dans un asile d'aliénés n'est sous le coup d'aucune incapacité, il garde donc en principe la puissance maritale, le droit d'autorisation. Cette disposition produit les effets les plus fâcheux en diverses circonstances notamment quand il s'agit de constituer une dot à l'enfant né du mariage soit sur les biens personnels de la femme soit surtout sur les biens de la communauté.

Malgré que le mari interné garde en principe le droit d'autorisation comme il pourrait revenir plus tard sur son autorisation la femme fera bien de demander au lieu de l'autorisation maritale l'autorisation de Justice. L'autorité judiciaire réclame alors un certificat au médecin traitant ; ce certificat doit exposer sommairement l'état de l'aliéné et mentionner qu'il *n'est pas capable de donner avec discernement l'autorisation qui lui est demandée*.

Puissance paternelle. — En droit, tous les attributs de la puissance paternelle sont conservés au mari ; en fait, une fois celui-ci interné, la mère prend le gouvernement des enfants ; mais dans certains cas, par exemple quand il s'agit de consentir au mariage la femme ne peut faire comme si elle était veuve. L'article 149 du code civil dit : « Si l'un des deux époux est mort, ou s'il est dans l'impossibilité de *manifester sa volonté*, le consentement de l'autre suffit pour autoriser le mariage de l'enfant. » Par conséquent si l'un des deux époux est interné et ne peut pas manifester sa volonté, celui de l'autre suffit, mais la preuve de l'internement dans l'asile n'est pas suffisante, il faut encore prouver l'état d'aliénation mentale qui empêche l'interné de manifester sa volonté au moment du mariage.

La preuve de l'état d'aliénation mentale se fait par la production d'un certificat médical. Dans cette pièce le médecin traitant après avoir exposé sommairement l'état mental de son malade doit ajouter : « M. X. en raison

des troubles mentaux dont il est atteint *est incapable de donner, ou de refuser avec discernement son consentement au mariage de...* ».

Droits politiques. — L'aliéné interné a en somme, comme nous venons de le voir, une capacité qui se rapproche du droit commun. Aussi ne peut-il être privé de ses droits civiques et doit-il être maintenu sur les listes électorales, la loi ne le désignant pas parmi les personnes qui doivent être rayées. Mais s'il a la jouissance de ses droits électoraux, l'exercice en est suspendu tant que dure son internement (art. 18 du décret du 2 février 1852). De même la loi du 21 novembre 1872 lui refuse le droit de faire partie du jury.

2° *Mesures de protection des aliénés non interdits.* — La loi de 1838 (Section IV) désigne un certain nombre de personnes chargées de veiller au soin de la personne et des biens de l'aliéné interné :

Un administrateur provisoire.

Un administrateur spécial *ad litem.*

Un curateur à la personne.

Administrateur provisoire. — Il y a deux sortes d'administrateurs provisoires :

L'administrateur légal.

L'administrateur datif ou judiciaire.

Administrateur légal. — Dès qu'un aliéné est interné dans un asile *public,* la Commission de surveillance est chargée de plein droit et obligatoirement de l'administration provisoire de ses biens (art. 31) ; elle désigne elle-même chaque année un de ses membres pour remplir les fonctions d'administrateur provisoire.

La loi qui impose un administrateur provisoire aux individus placés dans les établissements publics n'étend pas sa protection d'une façon aussi complète à ceux qui sont placés dans les établissements privés ; pour eux elle n'a pas prévu d'administration légale et par conséquent obligatoire ; elle laisse aux personnes qu'elle désigne dans son article 32 le soin de faire nommer un administrateur par le tribunal. Il y a là une lacune qui, comme nous allons le voir peut avoir des conséquences fâcheuses.

Dans les asiles privés faisant fonction d'asiles publics la Commission de surveillance est chargée simplement de contrôler le fonctionnement de l'établissement, et n'a pas mission, comme dans les asiles publics, d'administrer les biens des aliénés, par suite la situation de ceux-ci y est la même que celle des aliénés placés dans un établissement privé entièrement indépendant.

Administrateur judiciaire ou datif. — Il est nommé par le Tribunal Civil du domicile de l'aliéné statuant en Chambre du Conseil, après avis du conseil de famille et sur les conclusions du procureur de la République ; la décision ainsi rendue n'est pas susceptible d'appel.

L'administrateur provisoire est nommé pour trois ans ; ses pouvoirs sont renouvelables.

La nomination d'un administrateur provisoire, que l'aliéné soit enfermé dans un asile public ou dans un asile privé, peut être demandée par le Procureur de la République, les parents, le conjoint.

La demande d'un administrateur n'est pas obligatoire pour la famille : c'est là un grave inconvénient dans le cas d'un individu placé dans un asile privé. La famille peut en effet mettre de la négligence à requérir cette nomination ; elle peut même avoir un intérêt à ne pas le faire, et le Procureur de la République peut n'être pas au courant de la situation.

Dans les asiles publics la Commission de surveillance a toujours la faculté de se décharger de la gestion des biens d'un aliéné si elle la trouve trop lourde et de demander au tribunal la nomination d'un administrateur provisoire.

L'aliéné ne peut pas demander lui-même la nomination d'un administrateur provisoire.

Que l'administrateur provisoire soit légal ou judiciaire ses pouvoirs sont les mêmes ; très restreints, bornés à la prise de mesures conservatoires à l'accomplissement des actes d'administration énumérés à l'article 31 de la loi 1838 : recouvrement des créances, paiement des dettes, baux d'une durée maxima de trois années, vente du mobilier en vertu d'une autorisation spéciale du président du tribunal civil, représentation de l'aliéné dans les partages et liquidations.

Le président du tribunal avant d'autoriser la vente du mobilier réclame habituellement un certificat de situation du médecin traitant. Nous estimons que dans ce certificat le médecin doit s'abstenir de conclure soit à la vente soit à la conservation du mobilier ; cela n'est pas son affaire ; il doit simplement indiquer les particularités de la maladie, sa marche, sa durée probable, les chances de guérison. C'est au tribunal à apprécier et à juger ; il a pour se guider, en outre du certificat médical, des éléments divers d'appréciation qui manquent au médecin et qui d'ailleurs échapperaient à sa compétence. En procédant comme nous le lui conseillons, le médecin ne risquera pas de se trouver un jour en présence d'un ancien aliéné sorti de l'asile et venant lui reprocher d'avoir dans un certificat conclu à la vente de son mobilier.

Quand une personne internée est sans famille, son mobilier est enlevé et placé dans un magasin *ad hoc* par les soins de l'autorité préfectorale. Avant de faire procéder à l'enlèvement le Préfet réclame un certificat au médecin traitant. Il faut apporter dans la rédaction de celui-ci les mêmes réserves que pour le précédent.

L'administration provisoire prend fin par la sortie de l'aliéné ou par son interdiction. Le jugement d'interdiction ne met pas fin aux fonctions de l'administrateur qui continue sa gestion jusqu'à la nomination du tuteur auquel il doit rendre compte de sa gestion.

Mandataire ad litem. — L'administrateur provisoire n'a pas qualité pour représenter en justice l'aliéné dont il gère les biens, aussi l'article 33 de la loi décide qu'un mandataire *ad litem* sera nommé à tout aliéné séquestré engagé dans une contestation judiciaire.

La demande d'un mandataire spécial peut être faite par l'administrateur provisoire ou par le procureur de la République. La nomination est faite par le tribunal civil qui peut choisir l'administrateur provisoire.

Le mandat *ad litem* conféré par le Tribunal est spécial à l'affaire pour laquelle il a été donné ; il finit avec elle, il finit également, comme la gestion de l'administrateur provisoire et dans les mêmes conditions, par la sortie de l'aliéné ou par son interdiction.

L'administrateur provisoire ne peut accepter, même sous le bénéfice d'inventaire, une succession échue à un aliéné ; ce droit est réservé au mandataire spécial.

D'après un arrêt de la cour de Cassation en date du 7 juin 1899 toute décision judiciaire rendue contre un aliéné non interdit et qui n'a pas été représenté par un mandataire spécial est radicalement nulle et par suite inexécutable contre lui et sur ses biens.

Bien plus, d'après ce même arrêt, c'est à la partie qui plaide contre un aliéné qu'incombe l'obligation de se pourvoir devant la Chambre du Conseil pour faire nommer le mandataire spécial que l'affaire intéresse la personne ou les biens de l'aliéné.

Curateur à la personne. — L'aliéné interné dans un établissement, en outre de l'administrateur provisoire et du mandataire *ad litem* chargés de protéger ses biens, peut être assisté d'un curateur chargé de protéger sa personne.

Le curateur à la personne doit veiller (art. 38) :

1° A ce que les revenus de l'aliéné soient employés à adoucir son sort et à accélérer sa guérison ;

2° A ce que ledit individu soit rendu au libre exercice de ses droits aussitôt que sa situation le permettra.

La nomination d'un curateur a lieu sur la demande de l'aliéné lui-même, sur celle de ses parents, de son conjoint ou d'office sur la demande du procureur de la République. Elle est faite par jugement en Chambre du Conseil, non susceptible d'appel ; elle n'est pas obligatoire pour le tribunal.

L'administrateur provisoire peut être choisi parmi les héritiers présomptifs de l'aliéné ; le curateur à la personne, au contraire, ne peut être pris parmi eux. Cette mesure se comprend facilement. Le curateur doit s'efforcer d'améliorer la situation de l'aliéné en dépensant à cet effet tous ses revenus ; l'héritier a évidemment un intérêt opposé.

L'administrateur provisoire doit être écarté aussi des fonctions de curateur. Cela résulte d'abord, du texte même de l'article 38 qui dit : « en outre de l'administrateur » ; et ensuite de la nature même de cette charge. La fonction de curateur implique en effet une sorte de contrôle de la gestion de l'administrateur provisoire, la même personne ne peut donc pas être à la fois contrôleur et contrôlé.

La curatelle est donnée pour un temps indéterminé. Elle finit, comme l'administration provisoire, par la sortie de l'aliéné ou par son interdiction. Il pourrait y avoir lieu à révocation de la part du tribunal.

Condition juridique des Français internés à l'étranger, et des étrangers internés en France. — La situation de l'étranger interné en France comme aliéné est réglée par la loi de son pays en ce qui concerne l'administration de ses biens et sa capacité. Les tribunaux français peuvent cependant ordonner des mesures conservatoires, l'État étant obligé de donner aide et protection à tous les individus sans distinction de nationalité. Mais ces mesures n'influent en rien sur la capacité de l'aliéné, et c'est la loi de son pays qui détermine la valeur des actes qu'il a passés en France.

La loi de 1838 n'est pas applicable aux Français internés à l'étranger. — Un établissement d'aliénés situé à l'étranger et placé par cela même en dehors de tout contrôle de l'autorité française ne peut être considéré comme un asile offrant toutes les garanties exigées par la loi de 1838 et le placement dans une telle maison, comme un fait capable de produire aucune des conséquences déterminées par la loi.

Par suite les actes accomplis par un Français interné à l'étranger seront soumis au droit commun.

L'internement d'un Français à l'étranger de même que celui d'un étranger en France peuvent être, on le conçoit facilement, l'occasion de graves abus.

Rôle du médecin vis-à-vis de l'aliéné interné. Responsabilité des directeurs et médecins d'asile. — Le médecin d'asile n'est pas seulement, à l'instar de tout médecin, un thérapeute mettant en œuvre les moyens les plus propres à guérir ou tout au moins à améliorer l'état de son malade ; il est encore, par la force même des choses, un véritable protecteur pour le malheureux confié à sa garde. Aucune mesure n'est prise à l'égard de celui-ci sans qu'il soit appelé à donner son avis. Qu'il s'agisse d'une autorisation à accorder à la femme, qu'il s'agisse du mariage des enfants, de la vente ou de l'enlèvement du mobilier, le médecin, comme nous l'avons vu, est appelé à fournir un certificat. Nombreuses encore sont les circonstances dans lesquelles il est consulté. Les administrations lui demandent des certificats pour permettre au conjoint de toucher des appointements maintenus au malade interné. L'autorité militaire lui réclame un certificat pour savoir si un aliéné placé dans son service est en état ou non d'accomplir une période de service militaire s'il doit ou non être définitivement rayé des cadres de l'armée ; elle lui demande encore si la maladie d'un père interné est incurable et si par suite son fils doit être considéré comme soutien de famille et en conséquence exonéré d'une partie du service militaire.

Ces divers certificats sont en somme des certificats de situation dont la rédaction ne présente aucune difficulté particulière ; ils sont une attestation de la présence de l'aliéné à l'asile avec l'indication de la maladie dont il est affecté et des chances de guérison que présente celle-ci. — En les libellant le médecin doit tout en se montrant soucieux des intérêts de son malade ne trahir ni ceux de sa famille ni ceux de la société.

La décision suivante indique dans quels cas il faut employer du papier timbré : le certificat délivré par le médecin d'un établissement d'aliénés au

sujet de l'état d'un malade est *exempt* du timbre s'il a un caractère purement administratif et ne doit servir que dans l'intérieur [1] de l'asile ; par contre il est *soumis* au timbre lorsqu'il est délivré à des particuliers ou qu'il est employé dans un intérêt privé.

Dans la Seine les familles ou les administrations qui ont besoin d'un certificat concernant un aliéné interné dans un des asiles publics de ce département doivent s'adresser à la préfecture (bureau des aliénés) ; cette administration examine la demande et si elle juge que le certificat peut être délivré, elle le réclame au médecin traitant puis le fait parvenir au requérant. Quand la demande a été adressée directement au directeur ou au médecin de l'asile, et qu'il y a urgence, le médecin peut rédiger immédiatement le certificat mais il doit l'envoyer à la préfecture qui juge s'il y a lieu ou non de le transmettre à la personne qui l'a demandé.

C'est là une excellente mesure qui sauvegarde la responsabilité des médecins.

Pour notre part chaque fois que nous avons à rédiger un certificat sur papier timbré c'est-à-dire qui doit être employé dans un intérêt privé nous avons bien soin de terminer par cette formule : « En foi de quoi nous avons délivré le présent certificat *à la requête de M. le préfet de la Seine.* » De cette façon nous nous mettons à l'abri de toute revendication possible. Nous avons délivré un certificat à la préfecture, sur l'ordre du préfet nous ne pouvions pas le refuser ; s'il en est fait un usage abusif nous n'avons rien à craindre.

La préfecture de la Seine non seulement défend de délivrer des certificats directement aux familles mais encore elle prescrit de ne laisser signer aucune pièce par les malades et à cet effet d'établir une surveillance rigoureuse pendant les visites qui leur sont faites par leurs familles ou d'autres personnes. C'est là une mesure tutélaire à l'égard des aliénés, pleine de prudence et de sagesse.

Les mesures prescrites par le préfet de la Seine ne sont malheureusement pas applicables dans les asiles privés.

Correspondance de l'aliéné. — Nous avons vu que toutes les lettres adressées par les malades aux autorités soit judiciaires soit administratives ne peuvent être interceptées sous aucun prétexte (art. 29 de la loi de 1838) mais la loi ne parle pas de la correspondance privée de l'aliéné. Le règlement officiel du 20 mars 1894 est également muet sur cette question. Quelle doit être la conduite du médecin en pareille matière ? Notre avis très formel est qu'il doit prendre connaissance des lettres envoyées par les malades, ainsi que de celles qui leur sont adressées et le cas échéant les intercepter. Il y a évidemment inconvénient grave à laisser l'aliéné envoyer des lettres et à plus forte raison des cartes postales montrant sa présence à l'asile et pouvant contenir des injures ou des propos obscènes ; il peut y avoir danger à laisser parvenir

[1] Intérieur de l'asile doit s'entendre administration chargée des aliénés : bureaux des préfectures, etc.

jusqu'à lui des lettres leur annonçant de mauvaises nouvelles : accidents, mort d'un membre de sa famille ou contenant des bons de poste qu'il peut égarer ou se laisser voler.

La jurisprudence, à défaut de la loi, a reconnu au médecin le droit d'agir ainsi (jugement du tribunal civil d'Angers en date du 22 juillet 1873 confirmé et maintenu par un arrêt de la cour d'Appel d'Angers (6 mars 1874) et par un arrêt de la cour de Cassation (27 septembre 1875).

Le projet de loi portant revision de la loi de 1838 laisse de côté cette question au sujet de laquelle le rapporteur, M. le Dr Théophile Roussel [1], s'exprime ainsi :

« Le contrôle des correspondances par le médecin en chef est une règle générale dont le maintien semble aussi profitable au traitement des malades qu'au bon ordre à l'extérieur. L'enquête de 1869 avait compris cette question dans son programme. Les réponses des directeurs, des médecins d'asiles et des préfets furent unanimes et la Commission a pensé que la pratique des restrictions et du contrôle qui est en vigueur dans les asiles français est conforme aux exigences de l'humanité et de la science ainsi qu'aux intérêts et au bon ordre dans les familles et la société. Ces intérêts majeurs ne doivent pas être sacrifiés à des revendications de liberté individuelle qui n'ont pas de valeur, tant que l'aliéné reste en état de maladie, en cours de traitement. »

Opérations chirurgicales. — Un chirurgien est-il en droit de tenter une opération chirurgicale sur un aliéné sans l'assentiment de sa famille ? Cette question soulevée depuis longtemps et non résolue a été posée de nouveau par M. Picqué chirurgien des asiles d'aliénés de la Seine, à la Société de Médecine légale de France qui y a répondu de la façon suivante : « En l'état de la législation actuelle sur le régime des aliénés, sauf dans les cas d'urgence où une question de vie ou de mort se pose de suite et doit être résolue immédiatement, le chirurgien ne peut pas s'affranchir de la demande d'autorisation à la famille, il ne peut pas passer outre à la volonté exprimée par celle-ci. »

En même temps, la Société de Médecine légale a émis le vœu que dans la nouvelle loi sur les aliénés fût insérée une disposition réglant la question ; et, en conséquence, elle a décidé d'envoyer le fascicule de son Bulletin [2] relatant la discussion à laquelle elle s'est livrée au président de la Commission législative qui a préparé la nouvelle loi sur le régime des aliénés.

De la signification des actes judiciaires dans les asiles. — Si l'aliéné est *interdit* l'acte doit être remis à son tuteur ; s'il est *pourvu par jugement, d'un administrateur provisoire*, à cet administrateur.

Quand l'aliéné n'est *ni interdit ni pourvu par jugement d'un administrateur provisoire* la signification entre les mains du directeur de l'asile ou de

[1] Rapport fait au nom de la Commission chargée d'examiner le projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, t. I, p. 342.

[2] *Bulletin de la Société de Médecine légale de France.* Fascicule de janvier 1900.

son suppléant est, de par la loi, parfaitement suffisante. Un huissier serait donc mal venu à vouloir contraindre le directeur à lui laisser remettre à la personne même d'un aliéné un acte judiciaire.

Une fois que le directeur a entre les mains l'acte judiciaire que doit-il en faire? Cette question ayant été soulevée devant la Commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine qui compte dans son sein des juristes éminents celle-ci a émis l'avis « qu'il appartient au service médical d'apprécier si le malade est dans une situation d'esprit qui lui permet de prendre connaissance de l'acte dont il s'agit sans que cela puisse nuire à son état mental ».

Dans les asiles de la Seine on procède ainsi : le directeur envoie l'acte au médecin, celui-ci en donne ou n'en donne pas communication au malade, le retourne au directeur avec un certificat indiquant l'état mental du malade et mentionnant si l'acte lui a ou non été communiqué. Le directeur envoie le tout à la Préfecture.

Il arrive quelquefois que des aliénés internés sont cités à comparaître devant la justice pour une cause ou pour une autre. Dans ce cas le directeur doit demander au médecin un certificat constatant si cette comparution est possible, offre des inconvénients, etc., et dans ce dernier cas le transmettre au magistrat qui a envoyé la convocation. Il agira sagement en prévenant en même temps l'autorité préfectorale. Le magistrat répond toujours de ne pas envoyer l'aliéné.

Responsabilité des médecins et des directeurs des asiles. — L'article 1384 du code civil dit :

On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde.

Le père, et la mère après le décès du mari, sont responsables du dommage causé par leurs enfants mineurs habitant avec eux.

Les maîtres et les commettants, du dommage causé par leurs domestiques et préposés dans les fonctions auxquelles ils les ont employés.

Les instituteurs et les artisans, du dommage causé par leurs élèves et apprentis pendant le temps qu'ils sont sous leur surveillance.

La responsabilité ci-dessus a lieu à moins que les père et mère, instituteurs et artisans, ne prouvent qu'ils n'ont pu empêcher le fait qui donne lieu à cette responsabilité.

Le médecin ou le directeur d'un asile d'aliénés peut-il être responsable des actes commis par un aliéné confié à ses soins ? Non, car il est de doctrine et de jurisprudence constantes que l'article 1384 est limitatif et que la responsabilité qu'il édicte ne saurait être étendue à d'autres personnes que celles qui y sont énumérées. Mais le directeur d'un asile d'aliénés est-il un commettant vis-à-vis des gardiens, ceux-ci sont-ils ses préposés et peut-il par conséquent être civilement responsable des actes dommageables commis par eux ?

Sur ce second point il faut établir une distinction radicale entre les asiles publics et les asiles privés.

La responsabilité du directeur d'une *maison de santé particulière* n'est pas douteuse, elle existe comme celle du maître à l'égard de ses domestiques. Un jugement récent à établi que par exemple le directeur d'une maison de santé est responsable des accidents imputables à un manque de surveillance.

La première chambre du tribunal civil de la Seine avait en 1900, condamné par défaut le Dr D... directeur d'une maison de santé aux environs de Paris, à payer 10 000 francs de dommages-intérêts aux parents d'une neurasthénique, Mlle G..., qui se pendit, le 29 juin 1899, dans les water-closets de l'établissement qu'il dirige.

M. D... ayant fait opposition à ce jugement la première chambre n'a pas modifié sa décision. « On ne peut, dit le tribunal, expliquer que par un défaut de surveillance des plus fâcheux le fait que la malade dont tout le personnel de la maison connaissait l'obsession et qui, deux fois encore depuis son entrée dans l'établissement, avait cherché à se détruire, ait pu se procurer la bande de forte toile à l'aide de laquelle elle s'est pendue et qu'elle a découpée très probablement dans un de ses draps. » Et le chiffre des dommages-intérêts alloués la première fois par défaut a été maintenu.

Au contraire la non-reconnaissance au directeur d'un *asile public* de la qualité de commettant vis-à-vis du personnel de garde est de jurisprudence à peu près constante ; cependant le tribunal de Dôle et la cour de Besançon ont émis il y a quelques années une doctrine contraire dans un procès intenté au Dr Samuel Garnier médecin-directeur de l'asile public de Saint-Ylie (Jura) [1].

Les faits qui avaient donné lieu à des poursuites contre le Dr Samuel Garnier étaient les suivants : Un nommé F... placé à l'asile de Saint-Ylie à fin d'examen médico-légal et par la suite déclaré responsable parvint à sortir de l'asile grâce à la connivence coupable d'un gardien. Tous deux s'étant enivrés se livrèrent à des violences contre des personnes. F... fut poursuivi et, au contraire, on ne comprend pas pourquoi, le gardien ne fut pas inquiété. En revanche le Dr Garnier reçut une assignation à comparaître devant le tribunal de Dôle F... fut condamné à 100 francs d'amende et aux dépens, Garnier fut déclaré civilement responsable.

Sur appel la cour de Besançon renvoya Garnier purement et simplement de la poursuite dirigée contre lui pour ce motif que le gardien dont les actes pouvaient seuls engager la responsabilité du Dr Garnier n'était pas dans la cause. L'intéressant dans cette affaire au point de vue qui nous occupe c'est les attendus du jugement et de l'arrêt :

Le jugement du tribunal de Dôle en date du 9 juillet 1897 disait :

« Attendu qu'aux termes de l'ordonnance du 18 décembre 1839 la nomi-
« nation et la révocation des gardiens des asiles d'aliénés appartient exclusi-
« vement au directeur de ces sortes d'établissements ; que c'est donc à lui
« que remonte et sur lui que s'arrête et se précise la responsabilité du person-
« nel qu'il a choisi.

[1] *Ann. médico-psychologiques*, 1899, 8e série. Tome X, p. 398. L'article 1384 du Code civil et la responsabilité des directeurs-médecins d'asiles d'aliénés par le Dr S. Garnier.

« Que d'après les principes de droit il doit être considéré comme respon-
« sable de ses commettants. »

L'arrêt en date du 16 août 1897 de la chambre des appels correctionnels de la cour de Besançon admettait en principe de son côté qu'un directeur d'asile public doit être considéré comme le commettant des gardiens et comme tel pénalement responsable des actes dommageables dont ceux-ci peuvent se rendre coupables dans l'exercice de leurs fonctions.

Le jugement du tribunal de Dôle et l'arrêt de la cour de Besançon sont certainement très discutables, le Dr Samuel Garnier que concernent ces décisions judiciaires les a discutées dans des termes que nous ne pouvons mieux faire que de reproduire :

« Voyons, dit-il, sur quel point précis on s'appuie pour reconnaître à un directeur cette qualité de commettant vis-à-vis ses gardiens, ce qu'invoquait d'ailleurs le jugement de Dôle. C'est sans doute, parce qu'il les nomme et les révoque. Cela doit-il suffire ? Je réponds non, et voici les motifs qui me déterminent. Le droit de révocation et de nomination n'est pas exercé par un directeur au même titre qu'un particulier choisissant et renvoyant son domestique ; le directeur n'exerce en réalité ce double droit qu'en vertu d'une délégation qui lui est conférée par un règlement d'administration publique : dans ces conditions, il n'agit donc que comme délégué lui-même de l'administration. D'un autre côté, il use de son droit de nomination avec moins d'étendue qu'un simple particulier, en ce sens que son choix se trouve nécessairement limité par l'exercice même du droit de délégation. Je m'explique : Un particulier, par exemple, a un domestique à choisir, il le choisit comme il le veut, sans entrave d'aucune sorte, tandis que le directeur, en prenant un gardien, est déjà limité dans l'exercice de ce droit par les crédits mis à sa disposition pour la solde de ces agents ; la limitation même de ces crédits est de nature à constituer une force invincible, l'obligeant à prendre ses préposés dans un certain milieu et non dans tel autre. De plus, le directeur lui-même n'est qu'un mandataire de l'administration, une sorte de préposé, délégué qui, en nommant des gardiens, ne crée pas de simples domestiques, mais des agents, eux-mêmes subdélégués, qui sont investis par la force des choses d'une part de responsabilité. Et cela est si vrai que le directeur lui-même tire ses appointements d'un budget voté par l'administration départementale ; que les gardiens sont payés de la même façon et non pas de ses deniers ; qu'enfin, en cas de changement d'un poste à un autre, le directeur nouveau ne donne jamais une investiture nouvelle aux gardiens nommés par son prédécesseur et les accepte *ipso facto*. A mon sens, cette situation présenterait beaucoup d'analogie, au point de vue juridique, avec celle du directeur de la Compagnie P.-L.-M. qui, à ma connaissance, n'a pas encore été déclaré comme étant personnellement et civilement responsable de ses préposés qui sont employés de la Compagnie, bien qu'il les nomme et les révoque. L'argument du droit de révocation et de nomination qui appartient au directeur d'un asile public d'aliénés vis-à-vis des gardiens de l'asile, ne peut donc suffire à lui attribuer la qualité de commettant vis-à-vis d'eux ; d'où il suit qu'il

ne peut pas être pénalement responsable de leurs actes délictueux dans leurs fonctions et à l'occasion de leurs fonctions. D'ailleurs, le législateur du code civil n'a pas pu vouloir comprendre dans la désignation de commettants de l'article 1384 les directeurs d'asiles dont la création ne remonte qu'à la loi de 1838 et dont les attributions sont fixées par l'ordonnance de 1839. Pour les comprendre dans cette catégorie, il faut évidemment interpreter la loi, et cette interprétation doit être de droit étroit. »

Mais si le directeur d'un asile d'aliénés n'est pas responsable civilement en qualité de commettant vis-à-vis de ses gardiens quand ceux-ci commettent des actes délictueux dans l'exercice ou à l'occasion de leurs fonctions, il est de jurisprudence à peu près constante que c'est le département dont le directeur est lui-même l'agent, qui devient responsable, absolument comme une compagnie de chemin de fer devient responsable civilement aux lieu et place de son directeur, des faits délictueux dont ses agents sont punis eux-mêmes correctionnellement.

Le Dr Garnier ayant sollicité du département du Jura le remboursement des frais de sa défense dans la poursuite injustifiee dont il avait été l'objet, sa demande fut rejetée par le Conseil général à la suite d'un rapport présenté par un de ses membres. Ce rapport contient la déclaration de principe que voici :

« En principe, le département ne saurait être appelé à supporter les frais des actions intentées aux directeurs des services départementaux même lorsqu'il n'y a pas faute de la part de l'agent.

« En acceptant le traitement attaché aux fonctions qu'il remplit, un employé accepte les conséquences qu'elles entraînent.

« Si à l'occasion de ses fonctions, un fonctionnaire subit un dommage, c'est à l'auteur de ce dommage à le réparer ».

Une pareille théorie est on le conçoit tout à fait inadmissible. Cela est si vrai qu'en ce qui concerne les membres de l'enseignement public on a dû dernièrement compléter le dernier alinéa de l'article 1384 par la disposition suivante promulguée comme loi d'État :

« Toutefois la responsabilité de l'État est substituée à celle des membres de l'enseignement public.

« L'action en responsabilité contre l'État dans le cas prévu par la présente loi sera portée devant le tribunal civil ou le juge de paix du lieu où le dommage aura été commis et dirigée contre le préfet du département. »

Il serait nécessaire que la future loi sur les aliénés fixât d'une façon très nette la responsabilité civile des directeurs et médecins des asiles et que si la qualité de commettant venait à être reconnue aux directeurs et médecins des asiles *publics*, ceux-ci pussent bénéficier des dispositions de la loi applicables aux membres de l'enseignement *public*.

S'il est tout à fait contestable malgré le jugement de Dôle et l'arrêt de la cour de Besançon que le directeur d'un asile public d'aliénes ait la qualité de commettant vis-à-vis de son personnel, qu'il ne peut choisir et renvoyer à sa guise, il n'en est pas de même, comme nous l'avons dit, du directeur d'un

asile privé qui a complète liberté dans le choix et le renvoi de son personnel, qui a vis-à-vis de lui la même situation qu'un maître à l'égard de ses domestiques.

§ 3. — Sortie de l'asile.

La sortie des personnes placées dans un établissement d'aliénés est soumise à des règles différentes suivant que le placement a été volontaire ou au contraire ordonné par l'autorité publique.

1° *Le placement a été volontaire.* — La sortie a lieu dès que le médecin déclare le malade guéri. La déclaration est faite sous la forme d'un certificat (certificat de sortie) qui est transcrit sur le registre de la loi. Si l'individu est mineur ou interdit, le directeur doit aviser immédiatement de la déclaration du médecin les personnes auxquelles il devra être remis, ainsi que le procureur de la République (art. 13).

Avant même que le médecin ait déclaré la guérison, toute personne placée à titre volontaire dans un établissement d'aliénés cessera d'y être retenue dès que la sortie sera requise par les parents et certaines autres personnes.

Les personnes auxquelles l'article 14 accorde ainsi le droit de requérir la sortie de l'aliéné forment deux catégories : celles qui peuvent demander d'elles-mêmes la sortie, celles qui, au contraire ne peuvent intervenir qu'avec l'autorisation du conseil de famille. Peuvent requérir la sortie sans autorisation : le curateur à la personne, l'époux ou l'épouse ; s'il n'y a pas d'époux ou d'épouse les ascendants ; s'il n'y a pas d'ascendants, les descendants ; enfin la personne qui a signé la demande d'internement. La loi dit : s'il n'y a pas d'ascendants, les descendants peuvent demander la sortie ; mais ils ne pourraient évidemment le faire s'il se trouvait un époux, la loi faisant passer l'époux avant l'ascendant le place à plus forte raison avant le descendant.

Tous les parents, autres que ceux que nous venons d'énumérer, ne peuvent demander la sortie qu'avec l'autorisation du conseil de famille. Il en est ainsi par exemple des frères et des sœurs de l'aliéné.

L'autorisation du conseil de famille est également nécessaire dans le cas de désaccord entre plusieurs ascendants ou descendants, dans les cas encore où l'un des parents s'oppose à la sortie réclamée par la personne ayant signé la demande d'admission.

Les mots de parents, d'ascendants et de descendants s'appliquent aussi bien aux femmes qu'aux hommes ; nulle part dans la loi, en effet, on ne trouve formulée l'exclusion des personnes du sexe féminin.

Tout ce que nous venons de dire n'a trait qu'aux aliénés majeurs et non interdits. Quant aux mineures et aux interdits, leurs tuteurs seuls peuvent demander leur sortie.

Les personnes qui réclament la sortie d'un aliéné doivent adresser au directeur une demande écrite et signée.

L'aliéné dont la sortie a été régulièrement requise doit être mis immédiatement en liberté à moins toutefois que le médecin soit d'avis que son état mental le rend dangereux pour l'ordre public et la sûreté des personnes (avant-

dernier paragraphe de l'article 14). Cette déclaration est faite sous forme d'un certificat très explicite. La loi dit qu'il en sera donné préalablement connaissance au maire qui pourra ordonner immédiatement un sursis provisoire, à la charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet. Aujourd'hui que les moyens de communication sont plus commodes on s'adresse presque toujours directement au préfet dans les départements, au préfet de police à Paris. Le préfet peut alors transformer et transforme généralement le placement volontaire en placement d'office (art. 21).

Le sursis, à la sortie, et la transformation du placement ne peuvent avoir lieu que dans le cas où *l'état mental de la personne placée pourrait compromettre l'ordre public et la sûreté des personnes*. La loi ne s'inquiète pas des dangers que la sortie peut faire courir à l'aliéné lui-même ; ils sont pourtant nombreux. Un paralytique arrivé au dernier degré de marasme ou bien en proie à des attaques épileptiformes n'a plus que peu de temps à vivre, et sa famille qui a des enfants à marier, ne voulant pas le laisser mourir à l'asile, réclame sa sortie ; or il peut succomber dans le trajet souvent fort long de l'asile à son domicile. Un mélancolique fait des tentatives répétées de suicide et il ne faut rien moins que la surveillance attentive de plusieurs infirmiers pour l'empêcher de mettre fin à ses jours ; or, la personne qui veut l'emmener est seule, incapable de le maîtriser. Un autre mélancolique refuse toute nourriture, chaque jour le médecin doit l'alimenter à l'aide de la sonde œsophagienne ; or il est réclamé par une personne dénuée de ressources. Dans toutes ces circonstances la sûreté du malade est compromise du fait de son état ; dans d'autres parce que la personne qui le réclame ne présente pas des garanties suffisantes : elle est pauvre, malade, infirme, voire même aliénée. Le devoir du médecin est alors de résister le plus possible, d'exposer au requérant tous les dangers de la sortie, d'insister sur la nécessité impérieuse du séjour à l'asile ; si malgré toutes ses observations, tous ses conseils il ne parvient pas à convaincre, il ne lui reste plus qu'à informer de la situation l'autorité administrative par les voies les plus rapides et demander des instructions. Le plus souvent la réponse sera un ordre de surseoir à la sortie ainsi que nous l'avons vu nombre de fois. Si le préfet répondait de donner suite à la demande de sortie, la responsabilité du médecin serait au moins sauvegardée et il n'aurait pas à redouter des reproches si l'aliéné venait par exemple à succomber ou à se suicider dans la voiture l'emportant de l'asile.

L'ordre de surseoir du préfet est généralement suivi de la transformation du placement volontaire en placement d'office. Dans le cas de malade placé dans un asile public, le préfet se contente habituellement pour prendre son arrêté, du certificat du médecin de l'asile ; à Paris le préfet de police envoie quelquefois le médecin inspecteur. Dans le cas de malade placé dans un asile privé, le préfet délègue le plus souvent un médecin ; le préfet de police envoie toujours le médecin inspecteur.

Le préfet peut toujours et dans tous les cas ordonner la sortie d'un aliéné placé volontairement. Il peut être sollicité par une lettre de la personne internée, alors il délègue un médecin pour examiner cette personne et se pro-

nonce généralement suivant le sens du rapport médical. A Paris le préfet de police envoie un des médecins inspecteurs.

Le préfet agissant dans l'intérêt de l'ordre public peut ordonner la mise en liberté d'un mineur ou d'un interdit.

2° *Le placement a eu lieu d'office.* — Dans ce cas le préfet seul peut ordonner la mise en liberté. Il prend un arrêté de sortie soit à la réception du bulletin semestriel, soit dans l'intervalle lorsque le médecin déclare par un certificat que la personne placée peut quitter l'asile (certificat de sortie).

Quelquefois dans le département de la Seine quand il s'agit, d'aliénés qui se sont montrés particulièrement dangereux avant leur placement, le préfet de police envoie un de ses médecins inspecteurs qui lui fait un rapport concluant à la sortie ou au maintien du malade à l'asile. C'est sur cette pièce qu'il prend une décision.

Les ordres de sortie que délivre le préfet doivent être exécutés sans délai par les directeurs sous les peines portées contre la séquestration arbitraire, par l'article 120 du code pénal. Le procureur est saisi de ces ordres ; le maire de la commune où habite la famille de l'aliéné doit en être avisé car il lui appartient de prévenir les parents.

Sorties à titre d'essai ; sorties conditionnelles ; congés. — Parfois un individu interné ne paraît plus avoir de troubles mentaux et cependant le médecin n'est pas sûr qu'il soit complètement guéri, qu'il soit capable de vivre en liberté. Dans ce cas le meilleur moyen de lever le doute est de rendre le malade à sa famille, conditionnellement, c'est-à-dire en laissant à celle-ci la faculté de le garder ou de le ramener au bout d'un certain nombre de jours, suivant qu'au dehors il se comportera raisonnablement ou non.

D'autre part la guérison de certains aliénés convalescents peut être hâtée par des congés de quelques jours passés dans leur famille ; enfin, il est des aliénés incurables et inoffensifs : déments, imbéciles, idiots que les parents ne peuvent pas garder à demeure mais sont cependant heureux de prendre avec eux de temps à autre.

La loi n'a point prévu ces sorties à titre d'essai et ces congés ; la plupart des médecins d'asiles en accordent cependant. Il est vrai que *le règlement officiel du service intérieur du* 20 *mars* 1857 permet des sorties ; l'article 170 dit en effet :

« Aucun aliéné ne peut faire des promenades extérieures s'il n'est accom-
« pagné d'un infirmier ou d'une infirmière, ou s'il n'est confié à un parent
« ou un ami qui prend la responsabilité de la surveillance du malade au seuil
« de l'établissement.

« La permission de sortie délivrée par le médecin en chef et visée par le
« directeur doit mentionner le nom de la personne qui accompagnera ou
« recevra le malade et déterminera la durée de l'absence. »

Le règlement ne parle il est vrai que de promenades extérieures, mais la

détermination de la durée de l'absence appartenant au médecin pourquoi celui-ci ne pourrait-il pas la fixer à plusieurs jours ?

Néanmoins nous avons vu plusieurs fois, à propos de malades sortis en permission et n'étant pas rentrés ou ayant troublé l'ordre public le préfet de police rappeler aux médecins des asiles de la Seine « qu'aux termes de la loi les malades ne peuvent sortir que par son ordre et lorsque la guérison est obtenue ».

D'autre part le préfet de la Seine sans défendre les congés a appelé l'attention des médecins des asiles sur ce fait : « Que des aliénés avaient profité de permissions temporaires pour toucher des arrérages de rentes viagères ou de pensions de retraite, alors que c'est à l'administrateur provisoire seul qu'il appartient de toucher les revenus divers ».

En résumé les sorties temporaires ne sont pas nettement réglementées, aussi les médecins d'asiles feront bien de n'en user qu'après avoir obtenu l'autorisation au moins tacite du préfet de leur département.

Ce que nous venons de dire s'applique seulement aux aliénés internés d'office. Quant aux personnes placées volontairement on admet en pratique que les articles 13 et 14 de la loi permettent de leur accorder, à toute époque, des sorties qui peuvent ne pas avoir un caractère définitif. La stricte légalité de ce système est encore contestable.

Qu'il s'agisse de placement d'office ou de placement volontaire, les médecins d'asiles ne devront pas oublier qu'ils peuvent engager gravement leur responsabilité en laissant sortir les aliénés seuls car si le règlement du service intérieur permet des promenades en dehors de l'établissement il spécifie nettement que ces promenades ne peuvent avoir lieu que si l'aliéné est accompagné d'un infirmier ou infirmière ou s'il est confié à un parent ou à un ami. Enfin ils devront s'enquérir si le malade pour lequel une permission leur est demandée n'est pas titulaire d'une rente viagère ou d'une pension dont il veut toucher les arrérages en cachette pour empêcher le département de prélever dessus le prix du séjour à l'asile.

Dans certains pays, notamment en Angleterre, on fait usage des *sorties conditionnelles* avec surveillance de l'aliéné pendant qu'il est hors de l'asile.

Évasions. — La loi de 1838 est muette sur les évasions des aliénés placés dans les asiles. C'est là une lacune regrettable. On considère dans la pratique l'aliéné évadé comme faisant toujours partie de l'effectif et comme pouvant être réintégré sans aucune formalité. Cependant un jugement du tribunal de Besançon en date du 15 février 1888 a décidé que du moment qu'un certain laps de temps s'est écoulé depuis l'évasion, il y a droit acquis au profit de l'aliéné et que la réintégration ne peut avoir lieu qu'en remplissant les formalités du placement soit d'office soit volontaire.

Aussitôt après l'évasion le médecin de l'établissement doit rédiger un certificat indiquant l'état mental de la personne évadée, faisant connaître si elle est ou non dangereuse, s'il y a nécessité de la réintégrer ou si au contraire elle peut être laissée en liberté sans danger. Ce certificat d'évasion est trans-

crit sur le registre de la loi et envoyé au prefet dans les départements, au préfet de police à Paris.

Dans le département de la Seine quand un aliéné s'évade, le préfet de police le fait rechercher et cela avec d'autant plus de soin que le médecin de l'établissement l'a déclaré dangereux. Le malade une fois retrouvé est conduit à l'Infirmerie spéciale près la préfecture de police où il est examiné par les médecins de ce service qui concluent soit à sa réintégration soit à sa mise en liberté.

Aliénés guéris sujets à rechute. — Un individu guéri peut-il être maintenu dans un asile parce qu'il s'est montré dangereux pendant sa maladie et qu'une rechute est à craindre ? L'accord n'est pas fait sur ce point. La plupart des auteurs soutiennent la négative en se basant sur l'article 13 de la loi de 1838 lequel dit : « toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera d'y être retenue aussitôt que les médecins de l'établissement auront déclaré que la guérison est obtenue. »

Pour d'autres auteurs cette argumentation n'est pas convaincante. « Examinons dit M. Faidides[1] les articles relatifs au placement d'office. L'article 23 ne force pas le médecin à déclarer si la guérison est obtenue, mais si la sortie peut être ordonnée ; en outre le préfet n'est pas obligé de prononcer l'élargissement, mais de statuer sans délai. Il en est de même dans l'article 20. Quant à l'article 13, il décide bien que toute personne guérie doit être mise en liberté ; mais cet article placé dans la section relative aux placements volontaires ne s'applique pas aux placements d'office. — Le préfet a donc toute latitude de maintenir séquestré l'individu guéri, si des rechutes sont à craindre et peuvent être dangereuses pour la sécurité publique. »

C'est en effet ce qui a lieu en pratique au moins quand la rechute est à craindre à brève échéance. Il serait à désirer que la loi fut sur ce point rendue plus explicite.

Recours judiciaire. — Comme recours suprême soit contre la décision du préfet soit contre l'avis du médecin empêchant la sortie de l'aliéné, la loi de 1838 a admis l'intervention du pouvoir judiciaire. L'administration peut avoir été mal renseignée par le médecin, celui-ci peut de connivence avec une famille, séquestrer une personne dans un but criminel ; le pouvoir judiciaire gardien et protecteur de la liberté individuelle a le dernier mot et décide s'il n'y a pas eu violation de la loi.

L'autorité judiciaire compétente est le tribunal de première instance du lieu où se trouve l'asile.

L'article 29 de la loi énumère les personnes qui ont le droit de recourir au tribunal ; ce sont : la personne placée, son curateur, tout parent, tout ami, celui qui a provoqué le placement, le procureur de la République. Ces personnes peuvent intervenir à quelque époque que ce soit.

Si l'aliéné est interdit, son tuteur seul peut demander sa sortie à l'autorité

[1] Faidides. *Loc. cit.*, p. 49.

judiciaire. C'est là une restriction que rien ne justifie. Pourquoi enlever à l'interdit le droit que possède chaque aliéné de réclamer sa sortie ? — La rigueur de la loi est très atténuée en pratique : parfois la demande de sortie d'un aliéné interdit bien que formulée par lui-même ou par une personne autre que son tuteur, est prise en considération par le tribunal.

La loi ne dit pas dans quelle forme la requête doit être présentée. La plupart des tribunaux, se conformant à l'esprit de la loi, consentent à examiner toute demande, quelle que soit la forme dans laquelle elle est présentée. Quelques-uns au contraire, exigent que la requête soit présentée par un avoué. Ce formalisme a pour conséquence le plus souvent d'empêcher, l'individu interné d'user du bénéfice de l'article 29 ; il peut même faire reculer un parent ou un ami devant la dépense qu'il occasionne.

Le tribunal examine la requête en Chambre du Conseil afin de la soustraire à la publicité de l'audience ; sa décision est rendue sans délai, elle n'est pas motivée. Le tribunal avant de prendre une décision demande généralement un certificat de situation au médecin de l'asile, souvent il commet un ou plusieurs médecins experts à l'effet d'examiner la personne internée et de lui faire un rapport sur son état mental.

En ce point on le voit, la pathologie mentale envisagée au point de vue administratif se confond avec la pathologie mentale envisagée au point de vue judiciaire.

Pour faciliter le recours des aliénés internés, l'article 29 *in fine*, comme nous l'avons vu, défend aux directeurs et médecins des établissements qui leur sont consacrés, d'intercepter « aucunes requêtes, aucunes réclamations adressées soit à l'autorité judiciaire, soit à l'autorité administrative ». Cette disposition est formelle et aucune exception ne peut y être apportée, même si ces requêtes portent le signe de l'aliénation mentale la plus caractérisée. Toute infraction à cet ordre est passible de peines prévues à l'article 41.

Quand le tribunal en vertu de l'article 29 a ordonné la sortie immédiate d'une personne séquestrée, le préfet peut-il prendre à nouveau un arrêté ordonnant le placement d'office ? Le préfet ne peut aller contre la décision du tribunal cela est certain ; mais si une fois en liberté, la personne qui a bénéficié de cette décision commet de nouveau des actes de nature à compromettre l'ordre public et la sûreté des personnes le préfet peut parfaitement ordonner de nouveau son placement d'office.

Précautions de l'autorité administrative après la sortie. — L'autorité administrative ne se désintéresse pas des personnes qui sortent des asiles d'aliénés, elle les garde au contraire sous sa surveillance, surtout quand avant leur internement elles s'étaient livrées à des actes dangereux. Pour la sortie des placements d'office, l'autorité administrative est prévenue d'avance puisque c'est elle qui prend l'arrêté de sortie ; en ce qui concerne la mise en liberté des personnes placées à titre volontaire, les directeurs d'asiles doivent, dans les vingt-quatre heures, en donner avis au préfet de police à Paris, et dans les départements, au préfet, sous-préfet ou maire, en lui faisant connaître le nom

et la résidence des personnes qui auront retiré le malade, son état mental au moment de la sortie (c'est-à-dire le certificat de sortie du médecin) et, autant que possible, l'indication du lieu où il aura été conduit.

Décès, Suicide, Homicide. — Quand un malade meurt dans un asile d'aliénés, le médecin de l'établissement remplissant alors les fonctions de médecin de l'état civil rédige un certificat de décès qui est transcrit sur le registre de la loi. Si la mort a lieu à la suite d'un homicide ou d'un suicide, le directeur doit prévenir le commissaire de police ou le maire suivant les localités, lequel doit faire les constatations. Voici au reste les prescriptions contenues dans l'Instruction ministérielle du 20 mars 1857 à l'égard des décès :

« En cas de décès d'un aliéné, le directeur est tenu d'en donner avis dans les vingt-quatre heures à l'officier de l'état civil, et de faire inscrire sur un registre spécial les détails et les renseignements nécessaires à la rédaction de l'acte de décès, conformément à l'article 80 du code Napoléon.

« En cas de décès par suite de suicide ou de meurtre, le directeur appelle un officier de police à constater, avec le médecin, l'état du cadavre et les circonstances se rapportant au décès.

« Le médecin en rédige un procès-verbal, qui est transcrit sur le registre légal à la suite des annotations mensuelles. »

D'après la même instruction, l'autopsie, hors les cas d'investigation médico-légale, ne peut avoir lieu quand la famille a formé une opposition écrite.

§ 4. — Internement des aliénés dits criminels et des condamnés devenus aliénés.

1° *Des aliénés dits criminels.* — Les personnes aliénées au moment où elles ont commis un acte puni par la législation criminelle sont généralement désignées sous le nom d'aliénés criminels. C'est là une expression impropre. En effet l'article 64 du code pénal dit : « il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. » Par conséquent un individu ne peut être en même temps aliéné et criminel. Il vaut donc mieux employer la désignation aliénés *dits* criminels.

La loi de 1838 ne contient aucune disposition relative à cette catégorie spéciale d'aliénés, aussi leur internement est souvent difficile, parfois impossible et leur sortie n'est entourée d'aucune garantie particulière.

A la suite d'une expertise médico-légale le juge d'instruction et la chambre des mises en accusation peuvent rendre une ordonnance ou un arrêt de non-lieu basé sur l'état d'aliénation mentale de l'inculpé ; le tribunal correctionnel, la cour d'appel, la cour d'assises peuvent prononcer un acquittement pour le même motif ; mais ni les juridictions d'instruction ni les juridictions de jugement n'ont le pouvoir d'ordonner l'internement de l'aliéné déclaré non coupable ; leur rôle se borne à le mettre à la disposition de l'autorité administrative qui seule a qualité pour le placer d'office dans un établissement d'aliénés.

Celle-ci intervient alors dans l'intérêt de l'ordre public et de la sécurité des personnes.

Mais le préfet avant de prendre un arrêté d'internement est libre d'ordonner un nouvel examen médical, il n'est pas tenu de se contenter du rapport du médecin expert sur lequel a été basée la décision judiciaire, souvent d'ailleurs ce rapport a été remis depuis plus de quinze jours et par conséquent n'est plus valable. Or le médecin désigné par le préfet peut conclure qu'il n'y a pas lieu à internement soit que simplement il n'ait pas la même manière de voir que le médecin expert soit que l'état du malade se soit modifié ainsi que cela arrive souvent surtout quand il s'agit d'alcooliques ou d'épileptiques. L'individu est alors remis en liberté échappant ainsi à une condamnation grâce à un avis médical et évitant l'internement grâce à un autre avis médical.

Il y a là une lacune regrettable. Le jury parfois s'en est rendu compte et a déclaré coupables des individus notoirement aliénés au moment où ils avaient commis leurs crimes, dans la crainte de les voir soit échapper à l'internement, soit une fois internés s'évader ou même être relâchés au bout de quelque temps et recommencer leurs méfaits.

A Paris, les inculpés qui bénéficient d'un non-lieu ou d'un acquittement pour cause d'aliénation mentale sont conduits à l'infirmerie spéciale près la préfecture de police par l'intermédiaire de laquelle s'effectuent presque tous les placements d'office. A une certaine époque les certificats des médecins de l'infirmerie étaient par trop souvent en contradiction avec les rapports des médecins experts ; aussi depuis plusieurs années déjà le préfet de police a-t-il pris le parti de prononcer l'internement en se basant simplement sur le rapport de l'expert.

La sortie n'est entourée d'aucune garantie particulière.

Il serait facile de combler la lacune de la loi de 1838 sur ce point ; il suffirait comme l'a demandé M. le Dr Blanche[1] de conférer à l'autorité judiciaire, au cas d'acquittement ou de non-lieu, le placement d'office et aussi la libération.

La mise en liberté à notre avis ne devrait être prononcée qu'à la suite d'une nouvelle expertise confiée :

1° Au médecin ou à l'un des médecins ayant procédé à la première expertise.

2° Au médecin dans le service duquel se trouverait l'aliéné.

3° A un troisième médecin choisi par l'autorité judiciaire[2].

Les aliénés dits criminels dont nous venons d'étudier le placement et la

[1] Dr Blanche. Déposition à la Commission chargée d'étudier les modifications à introduire dans la législation relative aux aliénés.

[2] Si l'expertise contradictoire vient à être adoptée, l'expertise au sujet de la sortie devrait être confiée d'une part au médecin traitant, d'autre part aux médecins chargés de la première expertise, à savoir le médecin ou un des médecins qui avaient été désignés par l'autorité judiciaire, le médecin ou un des médecins qui avaient été choisis par l'inculpé. En cas de décès ou d'absence d'un de ces médecins il en serait nommé un autre choisi soit par l'autorité judiciaire soit par l'interné suivant la catégorie à laquelle appartenait l'expert décédé ou absent.

sortie, doivent-ils être internés dans les asiles ordinaires ou bien dans des établissements spéciaux comme celà a lieu en Angleterre et aux États-Unis? Le fait de mêler les aliénés qui ont commis un acte réputé délit et surtout crime aux autres aliénés n'est pas sans présenter quelques inconvénients : ces derniers peuvent en recevoir une impression pénible ; c'est d'autre part leur donner un exemple dangereux que de leur montrer l'impunité de celui qui vient partager leur existence ; enfin les aliénés dits criminels peuvent être un objet de trouble dans les asiles ordinaires. Le but que nous devons poursuivre, nous médecins, c'est de rapprocher le plus possible l'asile d'aliénés de l'hôpital ordinaire ; or, pour réussir, une des premières conditions est d'éloigner de cet asile tous les individus, qui en raison des dangers qu'ils font courir, doivent être soumis à une surveillance rigoureuse et placés dans des locaux dont ils ne puissent pas s'évader.

Pour notre part nous sommes partisans de la création d'un asile spécial. d'un *asile de sûreté* où seraient placés tous les aliénés, ayant ou non, commis un crime mais particulièrement dangereux. Par contre nous sommes opposés à l'envoi systématique dans cet asile spécial de tous les aliénés dits criminels indistinctement quelle que soit la nature des actes commis par eux et quelle que soit la variété d'aliénation mentale dont ils sont atteints. Il serait évidemment abusif de placer dans un asile de sûreté un paralytique général simplement parce qu'il a volé quelques objets à l'étalage alors qu'il ne constitue aucun danger pour les autres aliénés et qu'il n'a pas besoin d'une surveillance spéciale.

2° *Des condamnés devenus aliénés.* — Sur ce point comme sur la question des aliénés dits criminels, la loi de 1838 présente une lacune regrettable.

Pendant longtemps on n'a pas songé à prendre d'autres mesures à l'égard des prisonniers devenus aliénés que celle de leur transfèrement dans un asile voisin, où ils étaient placés et traités dans les mêmes conditions que les aliénés ordinaires. Mais à la suite de certains abus l'administration centrale décida la création d'un quartier spécial d'aliénés dans la Maison centrale de Gaillon (Eure). Ce quartier fut ouvert en mai 1876.

Voici les parties essentielles du règlement concernant le régime intérieur :

« Le quartier fait partie intégrante de l'établissement pénitentiaire de Gaillon. Il est spécialement réservé aux hommes condamnés à plus d'un an, atteints d'aliénation mentale. Les hommes condamnés à plus d'un an, atteints d'épilepsie, peuvent également y être placés, bien qu'ils ne soient pas aliénés.

« Aucun détenu ne peut être admis dans ce quartier, ni après admission en être extrait, avant sa libération, qu'en vertu d'une décision ministérielle.

« Dans le cas où la guérison n'aurait pu être obtenue à l'époque de la libération, l'aliéné, est en vertu de la décision ministérielle, prise sur les propositions transmises par le préfet, deux mois au moins avant la date de la libération, soit mis en liberté, soit remis à sa famille, ou à une personne, ou à une institution charitable, qui auront offert de s'en charger ; soit transféré aux

frais de qui de droit, dans l'asile départemental auquel il appartient par son domicile de secours. »

Gaillon est comme on le voit réservé aux hommes condamnés à plus d'un an et par suite détenus dans les maisons centrales; quant aux condamnés à moins d'un an et qui de ce fait subissent leur peine dans les prisons départementales ils sont, quand ils deviennent aliénés, tranférés dans les asiles départementaux.

Lors de l'ouverture de Gaillon l'administration avait décidé qu'un autre quartier semblable serait organisé pour les femmes, mais il n'a jamais été donné suite à ce projet. Lorsque des détenues femmes deviennent aliénées, elles sont transférées dans les asiles départementaux quelle que soit la durée de la peine à laquelle elles ont été condamnées.

Le quartier de Gaillon peut contenir cent vingts aliénés, il n'a jamais été rempli.

La question des aliénés dits criminels va sans doute entrer dans une nouvelle phase et, il faut l'espérer, être enfin résolue. En effet le 24 décembre 1901, la Chambre des Députés a adopté la motion suivante présentée par M. le Dr Delbet :

« La Chambre invite le gouvernement à désaffecter la Maison Centrale de Gaillon qui prend le nom d'*Asile central des aliénés criminels.*

« Le Ministre de l'Intérieur est chargé de l'organisation d'un service médical et d'un service de surveillance en rapport avec cette destination nouvelle. »

§ 5. — Aperçu sur les législations étrangères concernant les aliénés [1].

Iles Britanniques [2]. — La législation n'est pas la même en Angleterre et en Écosse ; en voici les principales dispositions que nous empruntons à peu près textuellement à Foville :

Angleterre. — Jusqu'en 1890 un grand nombre de lois, dont quelques-

[1] Ernest Bertrand. *Loi sur les aliénés en Angleterre, en France et dans les autres pays.* Paris, 1870. (Cotillon et fils) 159 pages.

Drs Ball et Rouillard. *De la législation comparée sur les placements des aliénés dans les établissements publics et privés.* Rapport présenté au Congrès International de médecine mentale. Paris, 1889. Discussion, MM. Falret, Barbier, Doutrebente, Bourneville, in *Compte rendu de ce Congrès.*

Dr Théophile Roussel. Rapport portant revision de la loi du 30 juin 1838, annexé au procès-verbal de la Séance du Sénat du 20 mai 1884, 2 vol.

[2] Dr Achille Foville fils. — *La législation relative aux aliénés en Angleterre et en Écosse.* Paris, 1885.

Dr René Semelaigne. *De la législation sur les aliénés dans les Iles Britanniques,* Paris, 1892. (G. Steinhel) 136 pages.

Dr A. Marie. *L'assistance des aliénés en Ecosse.* Paris, 1892. (Librairies-imprimeries réunies) 161 pages.

Dr E. Toulouse. *L'assistance des aliénés en Angleterre et en Écosse.* Rapport au Conseil général de la Seine au nom d'une Commission chargée d'étudier cette question. Paris, 1898, 293 pages.

unes remontaient à plus d'un siècle, s'occupaient des aliénés; mais à cette époque une loi a refondu toutes les anciennes législations sur la matière.

Les aliénés relèvent de deux administrations différentes suivant qu'ils sont ou non frappés d'interdiction (inquisition).

Les aliénés interdits forment une classe à part sous le nom d'*aliénés du Lord Chancelier;* l'administration de leurs biens et la protection de leurs personnes, organisées avec beaucoup de soin, sont confiées à un corps de hauts fonctionnaires, dont elles constituent la seule attribution : Visitors of Lord Chancelier.

Les aliénés non interdits sont de beaucoup les plus nombreux (En 1889 d'après Ball et Rouillard il y avait en Angleterre 76 000 aliénés sur lesquels environ un millier seulement étaient interdits) ; leurs biens ne sont l'objet d'aucune protection officielle; quant à leurs personnes elles sont placées sous la protection d'un corps administratif à peu près autonome, le *Bureau des Commissioners in Lunacy,* dont les attributions embrassent l'administration et la surveillance de tout le service, et qui ont, en outre, quelques attributions judiciaires.

Tous les aliénés, qu'ils soient placés dans des établissements spéciaux, publics ou privés, qu'ils soient recueillis dans des maisons de pauvres (Workhouses) ou qu'ils soient traités, comme pensionnaires isolés, chez un particulier qui en tire profit, relèvent également du bureau des commissioners. Il en est de même des aliénés laissés à titre d'indigents dans leur propre famille. En Angleterre, en vertu de la loi sur les pauvres, l'assistance des indigents est une charge légale. Aussi dans chaque paroisse, les aliénés indigents sont-ils visités par les médecins des pauvres et placés sous la surveillance des autorités charitables qui, tous les trois mois, en envoient la liste au bureau des Commissioners in Lunacy. Les seuls aliénés soustraits à l'autorité de ces Commissioners sont ceux qui sont traités dans leur propre famille et qui ne sont pas indigents.

D'une façon générale les placements sont de deux ordres :

1° Ceux qui sont effectués par les particuliers; c'est l'analogue de nos placements volontaires sauf que l'on exige deux certificats de médecins, au lieu d'un seul ; en outre, on veille d'une manière beaucoup plus rigoureuse à la stricte exécution des formalités légales, notamment en ce qui concerne la rédaction des certificats médicaux d'admission.

2° Ceux qui sont prescrits par l'autorité publique, tantôt par mesure de charité, tantôt par mesure de sûreté ; c'est l'analogue de nos placements d'office ; ils ont pour objet le plus souvent des aliénés indigents. Ils sont prononcés sur le vu d'un certificat médical unique, mais détaillé, par les juges de paix des comtés ou des bourgs, magistrats qui réunissent la plupart des fonctions administratives et judiciaires locales.

Les conditions de maintenue et de sortie des aliénés placés dans les asiles se rapprochent beaucoup de celles qui sont en vigueur en France.

Les aliénés placés chez des particuliers, comme pensionnaires isolés, et moyennant profit, sont soumis aux mêmes formalités d'admission, de séjour,

de sortie, de surveillance et de protection que les aliénés placés dans les asiles spéciaux.

Les Commissioners in Lunacy inspectent, chaque année, tous les établissements spéciaux, publics et privés, à des intervalles déterminés par la loi, et variant suivant la nature des établissements ; ils visitent de même tous les aliénés placés isolément chez des particuliers moyennant profit. Ils exercent également leur surveillance mais d'une manière moins directe et moins fréquente, sur les Workhouses qui reçoivent des aliénés.

Les asiles d'aliénés de l'Angleterre constituent plusieurs catégories d'établissements qui se rapprochent à bien des égards, de celles qui existent en France.

Écosse. — En Écosse il n'y a rien qui réponde aux aliénés du Lord Chancelier ni au corps spécial de fonctionnaires qui sont chargés, en Angleterre, de l'administration de leurs biens et de la protection de leurs personnes. L'interdiction est prononcée par les tribunaux ordinaires.

Il y a, à Edimbourg, un bureau de Commissioners in Lunacy qui, concentre entre ses mains la direction de tout le service, la protection et la surveillance de tous les aliénés interdits et non interdits et qui tient un répertoire complet de tous les malades placés sous sa juridiction.

Tous les placements durables d'aliénés, dans les établissements de l'Écosse, sont faits en vertu d'une ordonnance délivrée par un magistrat qui est chargé, à la fois, de fonctions administratives et de fonctions judiciaires, le shériff; cette ordonnance est rendue sur le vu d'un double certificat médical.

En outre, on peut placer des malades dans des asiles avec un seul certificat médical, délivré d'urgence (emergency); mais ce mode de placement est tout à fait transitoire, car il n'a de valeur que pendant trois jours; ce délai suffit presque toujours pour remplir les formalités ordinaires et obtenir du shériff une ordonnance de placement prolongé.

La surveillance personnelle des commissioners s'étend à tous les aliénés connus d'eux et inscrits sur leurs registres, qu'ils soient pauvres ou riches, interdits ou non interdits, placés dans des établissements spéciaux ou placés dans des maisons particulières.

Les aliénés indigents traités à domicile sont relativement très nombreux, et certains villages en renferment un nombre assez grand pour qu'on puisse les considérer comme des colonies d'aliénés. Tous ces indigents sont uniformément visités, à domicile, par les médecins de la localité, qui en rendent compte aux commissioners eux-mêmes ou à leurs adjoints.

Les établissements spéciaux de l'Écosse se divisent en plusieurs catégories comme ceux de l'Angleterre, ils sont égaux sinon supérieurs à ces derniers, sous le rapport de la beauté de la construction, du confortable de l'ameublement, de la bonne tenue des malades, de la douceur dont on use à leur égard.

Dans ces dernières années les médecins des asiles de l'Écosse se sont appliqués à introduire dans ces établissements un ensemble de réformes nouvelles,

ayant pour but d'augmenter encore le bien-être des malades, et de rapprocher de plus en plus leur mode d'existence de celui des personnes qui vivent en liberté dans les habitations privées. L'expression la plus avancée de cette réforme consiste à supprimer tous les murs de clôture intérieure, notamment ceux qui, dans les autres établissements, servent à constituer un préau ou jardin distinct pour chaque quartier de malades, et à ne fermer pendant le jour aucune porte extérieure ni intérieure dans les bâtiments occupés par les aliénés. De là le nom d'*asiles aux portes ouvertes* donné aux établissements où cette méthode est appliquée (*opendoor*).

Les *aliénés* dits *criminels* sont depuis longtemps, en Angleterre, l'objet de mesures spéciales.

En vertu d'une loi qui date de 1800, et qui est toujours en vigueur, lorsqu'un accusé sur l'intégrité de la raison duquel il s'est élevé des doutes, passe en jugement devant un jury, celui-ci, s'il prononce l'acquittement, doit faire en même temps une déclaration spéciale, afin de faire savoir si l'acquittement est prononcé pour cause d'aliénation mentale et d'irresponsabilité au moment de l'acte. Dans ce cas, la Cour peut ordonner le maintien de l'accusé acquitté dans un établissement spécial, pendant toute la durée du *bon plaisir de la Reine*.

Un asile d'État, celui de Broadmoor[1], a été construit pour recevoir les aliénés de cette catégorie; il y a en outre dans la prison de Woking, un quartier exclusivement consacré aux condamnés à de plus longues peines (*convicts*) qui deviennent aliénés pendant qu'ils sont en prison.

Cependant tous les aliénés dits criminels ne sont pas placés à Broadmoor, et tous les convicts aliénés arrivés à l'expiration de leur peine ne peuvent rester à Woking. Il en est dans le nombre qui sont placés dans les asiles ordinaires des comtés; il en est de même des condamnés à de courtes peines, qui deviennent aliénés. Dans beaucoup d'asiles de comtés, le mélange des aliénés de ces diverses catégories avec les malades ordinaires a provoqué des plaintes de la part des administrateurs de ces établissements.

Le Ministre de l'Intérieur est investi d'un pouvoir à peu près discrétionnaire pour accorder, sur la proposition des médecins traitants, aux aliénés du bon plaisir de la Reine qui ne paraissent plus dangereux, des sorties soit conditionnelles soit définitives; dans le cas de mise en liberté conditionnelle l'ancien aliéné ainsi sorti, qui donne des signes de rechute, peut être réintégré à quelque époque que ce soit.

En Écosse, le régime auquel sont soumis les aliénés dits criminels ressemble beaucoup à celui de l'Angleterre, mais il présente sur lui quelques perfectionnements.

C'est ainsi que le Ministre de l'Intérieur a le droit de maintenir, dans le quartier spécial de la prison de Perth qui sert d'asile d'État pour les aliénés criminels, un condamné devenu aliéné, même au delà de l'expiration de sa peine, s'il juge qu'il serait dangereux ou nuisible de le transférer dans un asile ordinaire.

[1] Voyez Motet. Annales médico-psychologiques, 6e série t. VI. Novembre 1881.

C'est ainsi également que la sortie conditionnelle des aliénés du bon plaisir de la Reine est entourée de précautions plus complètes et mieux combinées pour assurer leur surveillance continue et leur prompte réintégration à l'asile aussitôt qu'une rechute paraît à craindre.

Comme le fait justement remarquer Foville, si la législation relative aux aliénés, est, en Angleterre plus perfectionnée à certains égards qu'elle ne l'est en France, en revanche la loi 1838 présente sur les législations anglaise et écossaise certains avantages incontestables, telles sont les deux dispositions suivantes :

1° En France, toute personne placée dans un asile, peut par le mécanisme le plus simple et le plus économique, réclamer de l'autorité judiciaire l'examen de son état mental et faire décider par les tribunaux si elle doit être maintenue dans l'établissement, ou si elle peut être rendue à la liberté; et ce n'est pas seulement la personne placée qui peut provoquer cet examen, n'importe qui peut en prendre l'initiative à sa place.

2° Les intérêts pécuniaires de tous les malades placés dans les établissements publics d'aliénés, surtout ceux des moins favorisés de la fortune, intérêts qui, souvent très minimes d'une manière absolue, n'en ont qu'une importance relative plus considérable, sont protégés gratuitement par le service d'administration provisoire confié aux Commissions de surveillance administrative des établissements publics.

Suisse. — Il n'y a pas de législation fédérale réglant d'une façon uniforme le régime des aliénés dans toute la confédération helvétique. Deux cantons : Genève et Neufchâtel ont seuls une loi spéciale sur les aliénés. Les autres cantons se règlent pour cette question, sur des ordonnances de police qui tiennent lieu de prescriptions législatives, chaque canton possédant d'ailleurs son autonomie administrative.

Dans le canton de Genève l'internement ne peut avoir lieu que sur l'autorisation du département de justice et police ; sauf au cas de danger manifeste alors l'admission est autorisée mais dans les asiles publics seulement, et sur le vu d'un certificat médical, à charge d'obtenir dans les vingt-quatre heures l'autorisation nécessaire.

Une nouvelle loi édictée il y a peu d'années (25 mai 1895) règle d'une manière aussi satisfaisante que possible la condition juridique des aliénés. En voici le résumé emprunté à M. de Cagny[1] : « Cette loi a d'abord le précieux mérite d'être d'une remarquable simplicité, ce qui la rend essentiellement pratique : en principe, tout aliéné doit être interdit; mais la rigueur de ce principe s'adoucit par l'application prudente et graduée qu'en fait la loi elle-même.

« Pendant les trois premiers mois d'internement, temps d'observation et d'épreuve qui n'excède pas sensiblement la durée d'un voyage ou d'une maladie grave ordinaire : obligatoirement rien, faculté cependant aux parents

[1] De Cagny. *Loc. cit.*, p. 164 et 165.

et au conjoint, à leur défaut au procureur général, de requérir en cas de besoin, du tribunal la nomination d'un administrateur provisoire aux biens de l'aliéné. Le tribunal statue en Chambre du Conseil, le ministère public entendu.

« Ces trois mois écoulés, si l'aliéné continue d'être interné il est nécessairement pourvu d'un administrateur provisoire par le tribunal à la diligence des parents, du conjoint ou du ministère public.

« Deux ans après, si l'aliéné ne peut reprendre l'administration de ses biens, l'interdiction devra être provoquée. Le procureur général est chargé de la requérir si elle n'a été demandée par les personnes que le code civil y autorise.

« En attendant (Art. 38). L'administrateur provisoire fera tous les actes conservatoires des biens de l'aliéné et ceux de simple administration. *Pour tous les actes ne rentrant pas dans cette catégorie*, il devra se faire autoriser par le tribunal de première instance siégeant en Chambre du Conseil.

« Ainsi, il n'est aucun acte si grave qu'il soit qui ne puisse être fait pour l'aliéné si c'est un acte de bon père de famille, par l'administration sous le contrôle attentif ou plutôt avec l'autorisation préalable toujours éclairée du tribunal. »

Autriche-Hongrie. — Dans l'empire d'Autriche-Hongrie l'admission a lieu sur un certificat médical et sous la responsabilité du directeur de l'établissement. Quand le placement est fait par les familles; le certificat doit être rédigé par un médecin de la commune qu'habite le malade ou confirmé par l'un deux s'il émane d'un autre médecin; quand le placement a lieu d'office le certificat est dressé par un médecin commis à cet effet. Dans les vingt-quatre heures le directeur de l'établissement doit informer le tribunal de l'admission de l'aliéné et en demander la confirmation. L'état du malade peut être contesté tant que le tribunal n'a pas pris de décision. La sortie peut être ordonnee pour cause d'amélioration.

Allemagne. — En Allemagne il n'existe pas de législation spéciale sur les aliénés. Dans les divers États dont se compose l'empire d'Allemagne, la Prusse elle-même, le régime des aliénés est établi par des ordonnances et des règlements d'administration spéciaux, souvent particuliers à un établissement. Cependant une loi du 23 juillet 1879 sur l'industrie contient une disposition applicable à tout l'empire Allemand relative aux asiles d'aliénés; elle subordonne l'ouverture de ces établissements à une autorisation de l'administration supérieure.

En 1896, l'Allemagne a refondu son code civil; elle aurait pu en profiter pour y édicter des dispositions générales relatives aux aliénés, mais elle s'est bornée aux dispositions concernant l'interdiction.

Belgique. — Le 18 juin 1850 la Belgique a promulgué sur le régime des aliénés une loi qui a été revisée en 1873-1874. Inspirée par la loi française de

1838 elle est conforme à celle-ci dans beaucoup de ses articles, mais elle s'en distingue par plusieurs dispositions dont voici les deux plus importantes :

D'après l'article 2 « est considérée comme établissement d'aliénés toute maison où l'aliéné est traité, même seul, par une personne qui n'a avec lui aucun lien de parenté ou d'alliance, ou qui n'a pas la qualité de tuteur, de curateur ou d'administrateur provisoire ».

D'après l'article 25, « nulle personne ne peut être séquestrée dans son domicile ou celui de ses parents ou de personnes qui en tiennent lieu, si l'état d'aliénation mentale n'est pas constaté par deux médecins désignés, l'un par la famille ou les personnes intéressées, l'autre par le juge de paix du canton, qui s'assurera par lui-même de l'état du malade et renouvellera ses visites au moins une fois par trimestre.

« Indépendamment des visites personnelles du juge de paix, ce magistrat se fera remettre trimestriellement, un certificat du médecin de la famille aussi longtemps que durera la séquestration, et fera d'ailleurs visiter l'aliéné par tel médecin qu'il désignera chaque fois qu'il le jugera nécessaire. »

Les prescriptions relatives à l'internement sont les suivantes :

1° Un certificat médical remplissant les conditions exigées en France.

2° Une demande d'admission de toute personne indiquant la nature des relations et, le cas échéant, le degré de parenté ou d'alliance qui existe entre elle et l'aliéné ; cette demande doit être visée par le bourgmestre. Ou bien soit une demande d'admission de l'autorité locale, soit un arrêté de collocation de cette autorité, soit un arrêté de la députation permanente du Conseil provincial.

En cas d'urgence, une collocation provisoire peut être prise par le bourgmestre, et l'arrêté de la députation peut être porté par le gouverneur seul ; le certificat médical lui-même peut n'être remis que vingt-quatre heures après l'internement.

Une disposition heureuse de la loi belge (art. 12) permet de placer dans un établissement d'aliénés les prévenus accusés ou condamnés qui viennent à être reconnus en état d'aliénation mentale ; le placement se fait sur la réquisition de l'officier du ministère public compétent près la cour ou le tribunal saisi de la poursuite et dont émane l'arrêt ou le jugement.

Les médecins de tous les établissements d'aliénés publics ou privés sont nommés et révoqués par le Ministre sur la proposition des chefs ou directeurs des établissements, la députation permanente entendue. Il est attaché au moins un médecin à chaque établissement. Dans les établissements dont la population excède cent cinquante aliénés il y a au moins un médecin adjoint (art. 17-20).

Le propriétaire d'un établissement d'aliénés ni ses parents en ligne directe ou en ligne collatérale jusqu'au troisième degré inclusivement, ne peuvent être nommés médecin de cet établissement (art. 21).

Il y a au moins un gardien pour dix aliénés (art. 26).

La Belgique possède comme on sait, dans la commune de Gheel une colonie célèbre. « Les aliénés de toutes catégories peuvent y être colloqués,

sauf ceux à l'égard desquels il faut employer, avec continuité, les moyens de contrainte et de coercition; les aliénés suicides, homicides et incendiaires, ceux dont les évasions auraient été fréquentes ou dont les affections seraient de nature à troubler la tranquillité ou à blesser la décence publique. »

Les principales dispositions de la loi sur les aliénés sont applicables aux colonies de Gheel et de Lierneux.

Grand-duché de Luxembourg. — Dans le grand-duché de Luxembourg le régime des aliénés est réglé par une loi du 7 juillet 1880 qui ressemble beaucoup à la loi belge.

Hollande. — Une loi spéciale aux aliénés a été promulguée dès 1841; cette loi a été réformée en 1848. En voici les dispositions principales :

La surveillance de l'État s'étend à tous les aliénés à l'exception de ceux qui sont internés dans leur propre famille. Le mot famille s'applique aux parents en ligne directe, quel que soit leur degré de parenté; aux parents en ligne collatérale jusqu'au troisième degré; à l'époux et à l'épouse; au tuteur et au curateur.

Les procureurs du roi ont le droit de pénétrer en tout temps dans les asiles; ils doivent en outre visiter chacun des établissements situés dans leur circonscription, à des époques indéterminées, et au moins une fois par trimestre; ils sont accompagnés dans cette visite par l'inspecteur médical de la province, ou par son adjoint, ou par un médecin désigné par ledit inspecteur, et n'étant attaché à aucun asile. Ils doivent s'assurer que personne n'est admis ou retenu illégalement dans l'asile, et que les malades y sont bien soignés.

La direction des asiles doit donner avis au procureur du roi dans un délai de vingt-quatre heures, de chaque admission et de chaque sortie.

Lorsqu'un aliéné est dans des conditions qui comportent son placement dans un asile, soit dans l'intérêt de l'ordre public, soit dans son propre intérêt, un de ses parents ou son tuteur peut adresser au juge de paix une demande tendant à ce que cet aliéné soit reçu provisoirement dans un asile.

Le procureur du roi peut lui-même adresser une demande de placement au président du tribunal lorsqu'un des parents n'est pas à même de le faire, ainsi que dans le cas où l'aliéné est dépourvu de moyens d'existence. Le procureur est dans l'obligation de faire cette demande si le placement du malade lui paraît nécessaire dans l'intérêt de l'ordre public ou pour prévenir des accidents.

Dans les cas d'urgence, les maires peuvent autoriser le placement d'un aliéné à charge d'en donner immédiatement connaissance au procureur du roi. La durée de ce placement d'urgence ne peut dépasser huit jours; si dans ce délai l'autorisation régulière du placement dans un asile n'a pas été accordée par le tribunal, le malade est remis immédiatement en liberté.

Toute personne majeure qui sait que son propre état mental rend désirable son placement dans un asile peut faire elle-même la demande d'admission.

A l'appui d'une demande de placement doit être produit un certificat rédigé et signé par un médecin régulièrement autorisé à pratiquer la médecine en Hollande et n'étant pas attaché à l'asile désigné pour le placement. Ce certificat ne doit pas être rédigé ni signé plus de trois jours avant le dépôt de la demande de placement.

Si le juge de paix et le président du tribunal ne se trouvent pas suffisamment éclairés par les pièces produites ils peuvent interroger eux-mêmes le malade et sa famille. S'ils ne trouvent pas qu'il y ait des motifs suffisants pour autoriser le placement ils en font la déclaration écrite sur la demande et celle-ci est transmise au tribunal qui décide en dernier ressort.

Au bout de trois semaines il est présenté au tribunal une nouvelle demande accompagnée de notes du médecin traitant tendant à obtenir une prolongation de séjour à l'asile pour un an au plus. Ce délai expiré les mêmes formalités sont renouvelées.

Italie. — La législation italienne sur les aliénés a été unifiée en 1881. Le droit d'autoriser le placement des aliénés est réservé exclusivement au pouvoir judiciaire. Dans les cas d'urgence l'autorité administrative peut opérer le placement mais alors celui-ci n'a qu'un caractère provisoire. D'après Ball et Rouillard 99 pour 100 des placements sont des placements d'urgence en sorte que le principe fondamental de la loi se trouve ainsi vicié.

La demande de placement peut être présentée par un parent, le tuteur, tout citoyen ou toute autorité publique, soit dans l'intérêt de l'aliéné soit dans celui de la société.

Après une observation qui doit, en règle générale, ne pas être de plus de quinze jours, le directeur de l'asile (*Manicome*) transmet au procureur du roi un rapport, signé en outre par le médecin traitant, sur la nature de la maladie, son degré d'intensité, et sur la question de savoir s'il est ou non nécessaire de traiter le malade dans le Manicome.

Le tribunal sur la proposition du procureur du roi, procédant par voie sommaire en Chambre du Conseil, après avoir entendu s'il le juge nécessaire d'autres experts, et pris les informations qu'il croit opportunes, rend l'arrêt de réclusion définitive de l'aliéné dans le manicome ou ordonne sa libération immédiate et en informe l'autorité qui a accordé le placement provisoire.

L'arrêt qui autorise la réclusion définitive dans un manicome emporte de plein droit l'incapacité de l'aliéné. Une année après l'admission le procureur du Roi se basant sur la déclaration du directeur certifiant l'état de maladie mentale habituelle requiert de la part du tribunal le jugement rogatoire d'interdiction.

Les aliénés traités dans leur famille sont soumis aux mêmes mesures.

La mise en liberté des aliénés a lieu sur une décision du tribunal requis par le directeur du manicome déclarant l'aliéné complètement guéri.

Le tribunal peut autoriser des sorties à titre d'essai sur la proposition du médecin directeur.

Les aliénés déclarés incurables et inoffensifs sont rendus à leur famille ou placés dans un refuge aux frais ou avec le secours de leur commune.

Les manicomes sont soumis à des inspections confiées exclusivement à des médecins aliénistes.

Il existe en Italie des manicomes criminels pour les délinquants atteints de folie et pour les délinquants devenus fous depuis leur condamnation.

Espagne. — La législation sur les aliénés en Espagne a été complètement transformée par un décret royal du 19 mai 1885, décret qui donne aux tribunaux toute autorité pour le placement et ne laisse aux médecins qu'un rôle purement consultatif. En voici les principales dispositions :

Le placement des aliénés comprend deux phases successives :

1° Observation dans un quartier spécial.

2° Réclusion définitive.

Pour le placement il faut une demande du plus proche parent du malade, accompagnée d'un certificat signé par deux docteurs ou licenciés en médecine et visé par l'alcade de la localité. Cette demande doit être présentée à la députation provinciale (conseil général) si l'établissement appartient à la province, et au conseil municipal si l'établissement appartient à la ville.

En cas d'urgence reconnue par l'alcade et le subdélégué médical le malade est placé dans un quartier d'observation. Trois heures après la réception du malade il en est rendu compte aux autorités par le directeur de l'établissement dans un rapport mentionnant le nom et les qualités du malade, les noms des médecins signataires du certificat et de la personne qui a demandé le placement.

S'il n'y pas d'urgence le malade ne peut être placé en observation qu'en vertu d'un jugement du tribunal de première instance rendu après enquête.

Trois mois après la mise en observation, six mois dans les cas douteux, un certificat médical est adressé aux autorités par le médecin du manicome.

Pour obtenir la réclusion définitive il faut présenter au tribunal de première instance un dossier destiné à prouver l'existence de la maladie et justifier la nécessité de l'internement.

Des dispositions spéciales sont applicables aux fonctionnaires, aux militaires des armées de terre et de mer.

Les aliénés arrêtés sur la voie publique peuvent être placés immédiatement par ordre de l'autorité publique, sauf à remplir plus tard les formalités précitées.

Portugal[1]. — Il existe deux modes de placement correspondant aux placements français d'office et volontaire.

Le placement peut être ordonné par l'autorité administrative, par l'autorité

[1] Nous devons les renseignements concernant le Portugal à l'obligeance de notre ami le docteur Bettencourt Rodriguès ancien interne provisoire des asiles d'aliénés de la Seine.

judiciaire à la suite d'un examen médico-légal, par l'autorité militaire quand il s'agit d'un officier ou d'un soldat.

Le placement peut être demandé par un parent ou le tuteur ou même par une personne honorable portant un réel intérêt au malade. Cette demande doit indiquer le nom, la filiation et le domicile du malade ainsi que les raisons qui justifient l'internement, elle doit être accompagnée d'un certificat de maladie aussi détaillé que possible (histoire de la maladie, antécédents personnels et héréditaires, etc.) délivré par un médecin n'ayant aucun lien de parenté avec le malade.

En cas d'urgence, le médecin-directeur de l'asile peut recevoir provisoirement le malade jusqu'à l'accomplissement des formalités.

Tous les trois mois, le médecin-directeur de l'asile doit renseigner avec soin l'administration supérieure sur l'état de ses malades et sur tout ce qui les concerne.

Dans le cas d'internement ordonné par l'autorité judiciaire à la suite d'un procès le médecin-directeur doit envoyer à l'administration supérieure copie de la sentence.

La sortie de l'asile peut être ordonnée par l'autorité supérieure, accordée par le médecin soit de sa propre initiative soit à la suite d'une demande de la personne qui a effectué le placement.

Quand le médecin directeur donne spontanément l'exeat pour cause de guérison il doit au préalable prévenir la personne qui a demandé le placement ou l'autorité qui l'a ordonné.

Dans le cas où l'autorité supérieure ordonne la sortie d'un aliéné qu'elle croit retenu arbitrairement et cela contre l'avis du médecin-directeur, celui-ci a le droit d'en appeler au gouvernement.

La personne qui demande la sortie d'un aliéné est tenue de signer une pièce qui engage sa responsabilité.

La loi portugaise dit : les aliénés criminels seront placés dans des infirmeries spéciales annexées aux établissements pénitentiaires ; en attendant l'installation de ces infirmeries ils seront reçus dans les asiles.

Dans le cas de crime ou de délit commis par une personne soupçonnée d'être atteinte d'aliénation mentale, le juge compétent ordonne une expertise médico-légale. Cette expertise peut avoir lieu à la requête du ministère public (procureur du roi).

En ce qui concerne l'interdiction, l'administration et la protection des biens des aliénés, les articles 314 et suivants du code civil portugais sont à peu près la reproduction des dispositions de la loi française.

Suède et Norvège. — Voici d'après Ball et Rouillard les formalités exigées pour le placement. Dans ces deux pays les familles ou les autorites locales qui veulent faire soigner un aliéné, ont le droit de s'adresser directement à la direction de l'hôpital ou de l'asile d'aliénés, sans passer par aucune autre autorité intermédiaire. — La loi suédoise exige un certificat détaillé, rédigé d'après un questionnaire annexé à la loi. Elle réclame en outre une attes-

tation du pasteur et des réponses faites par le pasteur ou des personnes honorables à un questionnaire annexé à la loi. En cas d'urgence l'aliéné peut être conduit directement à l'asile et les formalités sont ensuite remplies, mais dans un bref délai. Les mêmes dispositions existent en Norvège; mais, de plus, la famille a le droit d'en appeler, des décisions du médecin de l'asile à une commission supérieure de contrôle. — Si dans ces deux pays on est très facile pour admettre directement les aliénés, la commission de contrôle intervient toujours dans la suite pour décider, soit le maintien, soit la sortie du malade.

Russie[1]. — En Russie l'internement des aliénés, même des aliénés dangereux n'est pas obligatoire : c'est là le fondement de la loi.

Pour placer un aliéné dans un asile public ou privé, il suffit que le médecin de l'établissement constate son état d'aliénation mentale et la nécessité de le traiter.

Un aliéné peut réclamer lui-même son entrée à l'asile, mais le plus souvent, à moins qu'on le reconnaisse dangereux, on ne donne pas suite à sa requête. Généralement ce sont les parents qui conduisent le malade et font la demande de placement.

Les individus arrêtés dans la rue et supposés atteints d'aliénation mentale sont conduits directement dans un asile ; le médecin refuse de les recevoir s'il ne les reconnaît pas aliénés.

Lorsqu'il s'agit d'un aliéné dangereux ou bien ayant commis un crime ou un délit, on l'envoie au dépôt de police qui existe dans chaque ville et qui reçoit également les ivrognes et les malfaiteurs; de là il est dirigé sur un asile.

Dans les campagnes les parents qui désirent placer un malade s'adressent au médecin du Zemstwo ou conseil général chargé de l'assistance médicale gratuite. Au reçu de la demande adressée par la famille, ce médecin remplit une feuille *ad hoc* et l'envoie au médecin-directeur de l'asile qui décide s'il y a lieu d'admettre le malade et fait connaître sa décision au médecin du Zemstwo.

Les administrations locales exigent certaines conditions pour l'admission des aliénés, mais ce sont là de simples mesures administratives. Elles ont pour but d'éviter soit l'entrée d'un aliéné d'un gouvernement autre que celui auquel appartient l'asile, soit l'encombrement par des aliénés inoffensifs. Somme toute, c'est le médecin-directeur de l'asile qui est toujours juge de la nécessité du placement.

Dans les vingt-quatre heures qui suivent l'entrée, le médecin-directeur doit envoyer un rapport au médecin inspecteur du gouvernement[2] qui, à son tour

[1] Pour plus de détails voyez : *Les aliénés en Russie* par Ch. Vallon et A. Marie, Paris, 1899, 392 pages. (Maloine, édit.)

[2] Le médecin inspecteur du gouvernement est un fonctionnaire qui exerce un contrôle sur tout ce qui touche à la médecine dans le gouvernement ou province, il peut étendre son contrôle aux médecins dans leur clientèle. En pratique il ne contrôle effectivement que les pharmacies qui sont en Russie de véritables charges comme en France les études de notaires.

en informe le gouverneur. Quand il s'agit d'un placement dans une maison de santé particulière le gouverneur doit prendre des renseignements d'une façon discrète et les communiquer au maréchal de la noblesse ou au maire selon la condition du malade. S'il le juge nécessaire il peut soumettre le malade à un examen officiel et le faire interdire.

Tout médecin directeur d'un établissement d'aliénés doit envoyer chaque mois au médecin du gouvernement la liste de ses malades et chaque année un rapport sur leur état mental.

Le médecin inspecteur peut inspecter l'asile mais il ne le fait que très exceptionnellement ; il en est de même du médecin de la police et du procureur.

Les malades sortent quand ils sont guéris ou quand ils sont réclamés par leur famille. Le médecin ne peut pas refuser la sortie d'un malade reclamé par sa famille, même quand celui-ci est dangereux ; c'est la famille par suite qui prend la responsabilité de la mise en liberté. Quand le malade a fait l'objet d'un examen officiel pour le placement il peut être l'objet d'un nouvel examen pour la sortie.

Dans certaines provinces quand le malade, bien que non guéri, devient tranquille il est renvoyé dans sa famille qui en cas d'indigence reçoit du zemstwo un secours mensuel s'élevant parfois jusqu'à cinq roubles. Le médecin du zemstwo distribue ces secours, contrôle leur emploi et visite le malade. C'est l'assistance à domicile, c'est l'analogue de notre secours représentatif.

Quand cela est nécessaire on nomme un tuteur à l'aliéné. Chaque classe de la population en Russie : nobles, marchands, etc., élit un conseil chargé de la représenter. C'est ce conseil qui nomme le tutéur des aliénés avec le concours d'un magistrat et du médecin de l'administration.

La Russie ne possède pas d'établissements spéciaux pour les aliénés criminels. Les condamnés devenus aliénés restent à l'hôpital de la prison. Les individus soumis à un examen médico-légal sont placés, dans certaines villes, à l'hôpital de la prison, et dans d'autres à l'asile départemental ; c'est là qu'on envoie aussi les aliénés reconnus irresponsables. Cependant à Pétersbourg, l'asile Saint-Pantélémon possède une section réservée aux détenus devenus aliénés et l'asile de Saint-Nicolas-le-Miraculeux une section spéciale pour les individus ayant commis des crimes et placés en observation.

La Russie possède des établissements d'aliénés exclusivement réservés aux militaires des armées de terre et de mer.

Serbie[1]. — Les formalités à remplir pour le placement des aliénés sont les suivantes :

Les parents ou les voisins d'une personne qui donne des signes de dérangement mental, s'adressent à la préfecture et expliquent les raisons qui les

[1] Milan Vassitch. *Placement des aliénés en Serbie.* Comptes rendus du Congrès international de médecine mentale. Paris, 1889, p. 253.

ont déterminés à faire la demande de séquestration. Le médecin du département est chargé de faire l'enquête. Muni de cet ordre, il se présente dans la maison du malade, l'examine, s'enquiert de tous les renseignements qui lui sont nécessaires et donne des conseils à la famille, sur les mesures de précaution à prendre avant le placement ; puis il rend compte succinctement de sa mission à la préfecture, par un rapport qui est envoyé au Ministre de l'Intérieur, en même temps qu'une proposition tendant à la nomination d'une commission médicale chargée d'examiner le malade.

Au Ministère fonctionne une section médicale, qui, après avoir pris avis — en cas difficile — du conseil supérieur des médecins, nomme une commission composée de trois médecins, parmi lesquels se trouve toujours celui qui a fait l'enquête.

Cette commission, après avoir décrit en détail, les antécédents du malade et son état actuel, formule ses conclusions dans un certificat signé par les trois membres. Ce certificat est envoyé au Ministre de l'Intérieur qui, après avoir pris l'avis du conseil supérieur des médecins et de la section sanitaire, prend une décision aux termes de laquelle : 1° il *déclare* l'individu, aliéné ; 2° il *ordonne*, s'il y a lieu sa séquestration.

La même procédure est usitée quand le placement se fait d'office. En cas d'urgence le malade est envoyé dans l'hôpital du département en attendant la décision ministérielle.

La sortie du malade est absolument laissée à la disposition des médecins, le tribunal n'a pas à intervenir.

Roumanie [1]. — Dans ce pays il n'existe pas de loi spéciale sur les aliénés ; leur assistance est réglementée :

1° Par des articles du code pénal et civil ;

2° Par des articles de la loi communale qui impose à chaque commune l'obligation de soigner ses infirmes et ses aliénés ;

3° Par un règlement concernant les placements et les sorties dans les hospices civils.

Il y a des placements d'office et des placements volontaires :

Placement d'office. — Un individu est arrêté dans la rue donnant des signes d'aliénation mentale, il est conduit au commissariat de police le plus proche où il est dressé un procès-verbal qui est envoyé le jour même à la Préfecture de police ; quant à l'individu il est conduit au dépôt des aliénés de la préfecture, sorte de quartier d'observation. Au reçu du procès-verbal la préfecture de police avertit le premier procureur qui nomme immédiatement une commission d'au moins deux experts pour procéder à l'examen de l'individu arrêté. La commission arrive le lendemain et, si elle constate que l'individu n'est pas atteint d'aliénation mentale, elle ordonne sa mise en liberté ; si elle constate l'aliénation elle dresse un rapport médico-légal qui est adressé

[1] Soutzo, *De l'assistance publique des aliénés en Roumanie*. Comptes rendus du Congrès international de médecine mentale. Paris, 1889, p. 254.

au parquet. Le procureur approuve les conclusions du rapport et le renvoie à la police ; celle-ci cherche à placer l'aliéné à l'hospice en s'adressant soit à la mairie, si l'individu est de la ville même, soit au préfet du district où réside le malade, pour que ces autorités allouent la somme réglementaire de l'entretien qui est de 500 francs par an.

Placement volontaire. — Dans les villes il est demandé par la famille au premier procureur qui l'autorise après constatation médicale.

Dans les campagnes le maire dresse un procès-verbal qui est envoyé avec l'individu supposé aliéné, à la sous-préfecture, de là au préfet qui fait constater l'aliénation mentale par deux médecins du chef-lieu du district et enfin à l'administration de l'asile avec l'engagement de payer les frais d'entretien.

En Roumanie comme d'une part il existe un très grand nombre de couvents d'hommes et de femmes et que d'autre part dans les campagnes on considère la folie comme un mal diabolique, ne pouvant être guéri que par des prières et autres pratiques religieuses, les paysans conduisent presque toujours leurs malades au couvent où on les reçoit et on les garde sans autorisation du parquet, sans certificat médical, moyennant une certaine somme. D'après M. Soutzo la grande majorité des aliénés est séquestrée dans les couvents d'une façon illégale échappant ainsi à tout contrôle administratif et judiciaire et de plus complètement privée de traitement médical.

En Roumanie pour une population de cinq millions d'habitants il n'y a d'ailleurs que trois asiles contenant chacun 500 lits au maximum.

États-Unis d'Amérique. — Il n'existe pas de loi générale ; chaque État, comme en Suisse chaque canton, s'administre à sa guise. Partout la constatation de l'aliénation mentale et les mesures relatives à la séquestration sont entourées d'un luxe souvent excessif, de précautions judiciaires. Théoriquement le jury occupe une grande place dans les lois américaines pour la constatation de la folie, en pratique il n'intervient que dans des circonstances déterminées, par exemple sur la réclamation d'une partie intéressée. Le juge qui a presque partout la faculté d'y recourir ou de s'en passer, s'en passe le plus souvent et ne réclame son intervention que pour certains cas relatifs aux aliénés criminels.

Pour les aliénés ordinaires la règle consiste à s'adresser à un juge de la cour des *Probates* lequel examine le malade, recueille les témoignages nécessaires, parmi lesquels figure toujours celui d'un ou de plusieurs médecins et prononce ensuite. Cette règle fait aujourd'hui le fond de la législation américaine et constitue le caractère général des lois des divers États de l'Union. Ces lois sont si variées et si nombreuses qu'il est impossible d'en présenter un tableau d'ensemble.

Canada. — Il y a deux sortes de placements : le placement public et le placement privé. Pour opérer le placement public, il faut une demande de la famille, un certificat médical, accompagné d'un long historique (si possible) de la maladie, relatant aussi tout ce qui a trait à l'aliéné, au point de vue

civil, social et médical ; de plus un certificat d'indigence signé du maire, et un certificat du juge de paix ou du curé.

Pour le placement privé, à la demande de la famille doivent être joints deux certificats médicaux. En cas d'urgence, l'enquête du juge de paix peut n'être faite qu'après l'envoi du malade à l'asile.

Les asiles du Canada n'appartenant pas au gouvernement, mais étant affermés à des particuliers, leur fonctionnement, tant au point de vue de l'admission que du traitement des malades, est l'objet d'un contrôle très sévère.

Brésil. — La législation sur les aliénés est à peu près la même qu'en Portugal.

CHAPITRE II

LA PATHOLOGIE MENTALE AU POINT DE VUE JUDICIAIRE OU MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

La pathologie mentale envisagée au point de vue judiciaire constitue la *médecine légale des aliénés ou psycho-pathologie légale.*

De nombreuses définitions ont été données de la médecine légale ; la meilleure, à notre avis, celle qui limite le plus nettement son domaine, qui indique avec le plus de précision son but est la suivante due à Marc ;

« *La médecine légale est l'application des connaissances médicales aux cas de procédure civile et criminelle qui peuvent être éclairés par elle.* »

Adaptant cette définition générale à la médecine légale des aliénés nous dirons que celle-ci est :

« *L'application des connaissances en pathologie mentale aux cas de procédure civile et criminelle dans lesquels il y a lieu de déterminer l'état mental de quelqu'un.* »

La pratique de la médecine légale des aliénés suppose, cela va sans dire, une connaissance approfondie de la pathologie et de la clinique mentales. Le rôle du médecin aliéniste y est à peu près le même que son rôle de tous les jours : Apprécier un état mental. Mais, tandis que dans la pratique courante, cette opération a ordinairement pour but d'instituer un traitement (nous prenons ce mot dans son sens le plus large : médicaments, internement, etc.), en médecine légale elle est faite en vue d'éclairer les magistrats dans un cas déterminé de procédure civile ou criminelle, de leur donner des éléments d'appréciation dont ils ont besoin.

Le médecin aux lumières duquel l'autorité judiciaire fait appel prend le titre d'*expert,* et les diverses opérations auxquelles il se livre constituent une *expertise.*

Les cas où le médecin aliéniste peut être appelé à intervenir sont nombreux et variés ; on peut cependant les classer en deux groupes suivant qu'ils se rapportent à une *procédure criminelle* ou à une *procédure civile.* De là une distinction naturelle de la médecine légale des aliénés en deux sections qui correspondent aux deux grandes divisions de la législation : Droit criminel, droit civil.

Dans les cas du premier groupe, il s'agit de l'appréciation médico-légale de la *responsabilité,* dans ceux du second il s'agit de l'appréciation médico-légale de la *capacité.*

Voici le plan que nous allons suivre :

Nous parlerons d'abord des experts, de l'expertise et des questions s'y rattachant : intervention d'un médecin non expert au cours d'une procédure, honoraire des experts, responsabilité des experts, etc.

Nous étudierons ensuite successivement :

La capacité civile des aliénés : conseil judiciaire, interdiction, validité des actes.

La responsabilité légale des aliénés en général et dans chaque variété d'aliénation mentale en particulier ; les crimes et délits commis par eux.

Puis nous nous occuperons de l'intervention du médecin aliéniste dans deux circonstances spéciales :

1° Les assurances sur la vie ;

2° Les accidents du travail.

Ensuite nous aborderons les sujets suivants :

La folie prétextée ou simulée.

Les réclamations des aliénés contre l'imputation de folie et contre leur internement.

La folie méconnue et le témoignage des aliénés en justice.

Nous terminerons par quelques mots de déontologie médico-mentale.

Laissant de côté les discussions théoriques, nous nous efforcerons de donner à ce travail un caractère véritablement pratique. Dans ce but nous consacrerons la plus grande partie de la place qui nous est limitée à des rapports médico-légaux que nous avons été appelé à rédiger comme médecin expert près les tribunaux, soit seul, soit avec des collègues. Nous montrerons ainsi, suivant l'expression de Tardieu, « l'expert en action » face à face avec les faits et les réalités ; et, comme, au demeurant, le médecin légiste n'a jamais à se prononcer que sur des cas particuliers, des exemples lui seront plus utiles que des préceptes. C'est en voyant comment d'autres se sont prononcés dans telle ou telle circonstance qu'il se rendra le mieux compte de la conduite qu'il doit tenir à son tour, dans des cas semblables ou analogues.

I. — DES EXPERTS ET DE L'EXPERTISE

Sommaire. — Nomination et choix des médecins experts. — Caractère des experts. — Répression des délits commis à leur égard. — Formalités de l'expertise au civil et au criminel ; juges pouvant ordonner l'expertise ; leurs droits pour la désignation des experts. — Convocation des experts. — Acceptation, refus, récusation des experts. — Serment des experts. — Opérations de l'expertise. — Rapport. — Dépôt du rapport. — Expert adjoint. — Expert supplémentaire. — Expertise nouvelle. — Durée de l'expertise. — Valeur du rapport. — Comparution des experts à l'audience. — De l'expertise dans le cas d'assistance judiciaire.

DES EXPERTS

Les médecins experts sont nommés conformément aux règles suivantes :

1° Au commencement de chaque année judiciaire les cours d'appel en

chambre du conseil, le procureur général entendu, désignent sur des listes de propositions des tribunaux de première instance du ressort, les docteurs en médecine à qui elles confèrent le titre d'expert devant les tribunaux.

2° Les propositions du tribunal et les désignations de la cour ne peuvent porter que sur les docteurs en médecine français ayant au moins cinq ans d'exercice de la profession médicale et demeurant soit dans l'arrondissement du tribunal, soit dans le ressort de la cour d'appel.

En dehors des cas prévus par le code d'instruction criminelle, les opérations d'expertise ne peuvent être confiées à un docteur qui n'aurait pas le titre d'expert. Toutefois suivant les besoins particuliers de l'instruction de chaque affaire, les magistrats peuvent désigner un expert près un tribunal autre que celui auquel ils appartiennent.

Le choix des experts en matière criminelle se fait toujours suivant les règles précédentes. Mais, quand le tribunal commet des experts en matière civile est-il légalement obligé de les choisir parmi les médecins inscrits sur la liste officielle. Cette question très controversée a été posée à la Société de Médecine légale de France. M. Lefuel, conseiller à la cour d'appel, a fait sur ce point un substantiel rapport dans lequel il a développé cette idée que les parties en cause, dans une affaire civile, ayant la faculté de s'adresser à n'importe quel expert, — ainsi que nous le verrons plus loin — il était inadmissible que le tribunal civil eût des pouvoirs moindres que les parties. Après discussion la société a émis l'avis suivant :

« Dans l'état actuel de la législation, la Société de Médecine légale exprime l'avis que, au cas où, conformément à l'article 305 du code de procédure civile, le tribunal civil nomme trois experts, ce tribunal n'est pas légalement obligé de les choisir parmi les médecins inscrits sur la liste dressée en exécution de l'article 1er du décret du 21 novembre 1893 et de l'article 14 de la loi du 30 novembre 1892 [1]. »

Quel est le *caractère de l'expert?* C'est là une question sur laquelle on a beaucoup discuté; on peut dire en somme que ce caractère est double.

L'expert est un *auxiliaire de la justice,* chargé d'éclairer celle-ci de ses lumières, mais sans jamais lui imposer son opinion, sans jamais exercer aucune fonction judiciaire.

L'expert, d'un autre côté, est un *témoin* quand il vient déposer à l'audience sur les faits qui ont été soumis à ses investigations. Mais c'est un témoin spécial. Tandis en effet que les autres témoins sont responsables vis-à-vis de la société de leur déposition et passibles de peines de faux témoignage s'ils altèrent la vérité ; les experts eux ne sont responsables de leurs déclarations que vis-à-vis d'eux-mêmes, de leur conscience et s'ils ne sont pas sincères aucune peine ne sera prononcée contre eux. En outre dans les affaires criminelles les experts ne sont pas comme les autres témoins reprochables pour cause de parenté avec le prévenu.

Les experts sont protégés par la loi contre la diffamation, les injures, vio-

[1] *Bulletin de la Société de médecine légale de France,* t. XVII. Séance de juillet 1901.

lences et voies de faits dont ils pourraient être l'objet dans l'accomplissement ou à l'occasion de leur mission.

Les experts ne doivent recevoir pour eux ou leurs domestiques aucun présent.

DE L'EXPERTISE [1]

L'expertise étant en somme un moyen d'information peut, par suite, être ordonnée par toutes les juridictions civiles, criminelles, commerciales ou administratives. Les formalités de l'expertise ne sont pas les mêmes au civil et au criminel, il y a donc lieu de les étudier séparément dans ces deux matières.

A. — Expertises en matière civile [2].

Les cas où il y a lieu à intervention du médecin aliéniste sont bien moins nombreux en matière civile qu'en matière criminelle ; cependant leur nombre augmente sensiblement depuis la loi sur les accidents du travail, les ouvriers victimes d'un accident au service de leur patron pouvant présenter comme complication des psycho-névroses traumatiques.

Juges pouvant ordonner l'expertise. — Les tribunaux de première instance et les cours d'appel peuvent ordonner l'expertise soit sur la demande des parties soit d'office lorsque celle-ci ne l'ayant pas demandée dans leurs conclusions ils jugent néanmoins nécessaire d'y recourir ; ils peuvent également refuser l'expertise si celle-ci ne leur paraît pas utile.

Lorsque l'expertise est ordonnée, le jugement ou l'arrêt doit énoncer avec clarté et précision les objets du litige.

Droit des magistrats pour la désignation des experts. — Le tribunal ou la cour ordonne l'expertise mais la loi laisse aux parties en cause le choix de leurs experts. Il y a là une différence radicale d'avec ce qui se passe au criminel où l'inculpé n'a pas le droit de désigner un expert, ce soin étant réservé au magistrat chargé de le poursuivre ou de le juger.

Si lors du jugement qui a ordonné l'expertise les parties se sont accordées pour nommer les experts, le même jugement leur donnera acte de la nomination.

Si les parties civiles n'ont pas pu s'accorder sur le choix de leurs experts, c'est au tribunal à faire cette désignation à leur place. Mais alors même que le tribunal nomme ainsi d'office les experts il doit réserver aux parties la

[1] En ce qui concerne cette question on trouvera tous les renseignements désirables dans l'ouvrage suivant auquel d'ailleurs nous avons fait de larges emprunts : Traité complet de l'expertise judiciaire. *Guide pratique et théorique à l'usage des experts, arbitres, magistrats, officiers ministériels et conseils en matière civile, commerciale, administrative et criminelle avec formules,* par Louis Mallard, greffier au tribunal de la Seine.

Voyez aussi : *Les expertises médico-légales,* par Firmin Dervieux. Thèse de doctorat en médecine. Paris, 1901.

[2] A consulter : M. Moye. *Les expertises médicales devant les tribunaux civils.* Paris, 1899.

faculté de les choisir elles-mêmes dans le délai de trois jours de la signification du jugement.

Le tribunal est limité sur le nombre des experts à commettre, il doit en désigner trois à moins que les parties ne consentent à ce qu'il soit procédé à l'expertise par un seul. Il ne peut pas désigner deux experts ni plus de trois.

Telles sont les prescriptions de la loi. En pratique, au moins à Paris, le tribunal dans le jugement qui ordonne l'expertise désigne les experts (choisis sur la liste officielle) et ceux-ci sont acceptés par les parties.

Lorsqu'il y a urgence, le président du tribunal statuant au référé[1] peut prescrire d'office des expertises et ne désigner qu'un seul expert pour y procéder.

Convocation des experts. — La nomination des experts étant définitive la partie la plus diligente, c'est-à-dire dans la pratique celle qui a requis l'expertise où le demandeur à l'instance doit leur envoyer, par ministère d'huissier, sous forme de sommation, copie du jugement qui les a commis, avec l'indication du jour et de l'heure fixés par le juge pour la réception de leur serment.

A Paris l'usage veut que l'avoué envoie directement aux experts la copie du jugement sans avoir recours au ministère d'un huissier et aussi qu'il s'entende avec eux sur les jours et heures qui leur conviennent pour prêter serment afin de les indiquer au juge.

Une lettre émanant des parties ou de leurs avoués n'ayant rien d'officiel, le médecin pourrait ne pas en tenir compte ; si donc, l'on veut agir d'une façon absolument légale, il faut procéder par ministère d'huissier.

La date de la prestation du serment étant fixée, les experts en sont prévenus par lettre de l'avoué.

Acceptation ou refus des experts. — Leur récusation. — Le médecin est libre d'accepter ou de refuser la mission qui lui est offerte. Il n'a pas besoin de motiver son refus, mais s'il le motive, il doit bien se garder de donner une raison pouvant être injurieuse pour l'une des parties sous peine d'engager sa responsabilité.

Le médecin peut notifier son acceptation au moyen d'une simple lettre écrite aux avoués ; quand il répondra par un refus il fera bien, pour éviter toute difficulté, de recommander sa lettre.

Une fois que l'expert a prêté serment, il a de ce fait accepté sa mission, et s'il ne la remplit pas, il encourt des dommages-intérêts ainsi que nous le verrons plus loin.

Les experts nommés d'office peuvent être récusés sur la demande de l'un des plaideurs. Les experts convenus par les parties ne sont pas récusables sauf pour des causes survenues depuis leur nomination.

[1] On appelle référé le recours au juge qui dans les cas d'urgence a le droit de statuer provisoirement.

L'exercice du droit de récusation s'arrête à la prestation du serment de l'expert; à partir de ce moment les opérations de l'expertise sont considérées comme commencées.

Les experts sont récusables comme les témoins sont reprochables pour les motifs indiqués à l'article 2 et 3 du code de procédure, à savoir :

Indignité. L'expert en état d'accusation, celui qui a été condamné à une peine afflictive ou infamante ou même à une peine correctionnelle, mais il faut que cette condamnation correctionnelle ait été prononcée pour vol et non pour autre cause.

Parenté ou alliance avec l'une ou l'autre des parties, ou avec son conjoint jusqu'au degré de cousin issu de germain inclusivement. Mais la parenté ou alliance des experts entre eux ne constitue pas une cause de récusation.

Qualité d'héritier présomptif ou donataire universel ou à titre universel d'une des parties.

Fait d'avoir bu ou mangé avec une partie et à ses frais depuis le jugement qui a ordonné l'expertise.

Délivrance d'un certificat à l'une des parties. Mais il faut que ce certificat ait été donné sur des faits relatifs au procès. Il a été jugé en effet qu'on ne peut récuser comme expert le médecin qui a délivré un certificat avant toute contestation, alors qu'il est constant que le certificat n'a point été donné en vue du procès qui n'existait pas et dont il n'était pas encore question.

La récusation peut être contestée par les parties intéressées et même par l'expert.

Si la récusation est admise le tribunal nomme immédiatement et d'office un nouvel expert. Le nouvel expert est lui-même récusable.

Si la récusation est rejetée, si de plus les motifs qui avaient été mis en avant pour la demander sont de nature à porter atteinte à l'honneur, à la capacité ou à la réputation du médecin, celui-ci peut demander et obtenir des dommages et intérêts. Mais qu'il les obtienne ou non il ne peut continuer l'expertise. Le législateur a pensé en effet que le seul fait d'avoir demandé des dommages et intérêts impliquait que le médecin se considérait comme injurié et pourrait par suite ne plus avoir toute l'impartialité désirable pour mener à bien sa mission.

Serment des experts. — Les experts doivent prêter serment à peine de nullité à moins qu'ils n'en aient été dispensés par les parties ou par le juge sur le consentement de toutes les parties.

En cas d'urgence le juge des référés qui a tout pouvoir pour ordonner d'office des expertises et nommer des experts pour y procéder peut également, pour la même cause d'urgence, dispenser d'office les experts commis de la formalité du serment.

Le serment doit être prêté, suivant les circonstances, devant le président du tribunal ou devant le juge-commissaire nommé par le jugement qui a ordonné l'expertise, devant le président de la cour d'appel ou le conseiller délégué à cet effet.

La formule du serment n'a rien de sacramentel. L'expert jure « de bien et fidèlement remplir sa mission » ou « de bien faire son rapport en honneur et conscience ». Cette formalité est immédiatement constatée par un procès-verbal signé par le magistrat, les experts et le greffier.

L'absence d'un des experts n'empêche pas les autres de prêter serment.

Les parties peuvent assister à la prestation du serment mais leur présence n'est pas indispensable.

La formalité du serment entraîne pour les médecins-experts une grande perte de temps. Il serait à souhaiter qu'une modification fût introduite dans la loi sur ce poiut : On pourrait faire prêter serment à l'expert une fois pour toutes au moment où il est nommé ou bien au commencement de chaque année judiciaire.

La formalité du serment une fois remplie l'expert se trouve lié vis-à-vis du tribunal et des parties, sa responsabilité est engagée, il ne peut plus se démettre sans motifs légitimes et s'il ne remplit pas sa mission il peut être condamné à des dommages-intérêts.

Opérations de l'expertise. — Les parties ont le droit d'assister aux opérations de l'expertise, de s'y faire assister de leurs avoués ou conseils, de s'y faire représenter par tout mandataire de leur choix. Les experts sont tenus de les convoquer en temps utile. La convocation pour la première réunion se fait généralement au moment de la prestation du serment quand toutes les parties sont présentes. Telle est la règle générale posée par la loi. On a beaucoup discuté pour savoir si elle est applicable aux expertises médico-légales. La Société de Médecine légale de France [1] consultée sur ce point à émis l'avis suivant :

« Dans les instances civiles, il ne saurait être adjoint par les parties aux trois experts commis par le tribunal, aucune autre personne *participant* à l'expertise comme assistant l'une ou l'autre des parties; mais elles ont le droit, soit en personne, soit par un représentant régulièrement muni de leur pouvoir (et qui bien entendu peut être choisi dans la même profession que les experts) de suivre les opérations des experts en faisant tels dires et réquisitions que de droit. »

Chaque partie a donc le droit de se faire représenter par un médecin. Mais celui-ci *assiste* simplement aux opérations de l'expertise sans y prendre aucune part.

Dans le cas où le médecin a besoin de faire déshabiller la personne à examiner il doit toujours, surtout quand il s'agit d'une femme, prier les parties de se retirer pendant le temps nécessaire à ce complément d'examen, et les parties seraient mal venues à s'y refuser.

L'absence des parties *régulièrement prévenues* n'empêche pas les experts de procéder à leurs recherches. L'expert ne saurait être à la merci d'un plaideur souvent intéressé à gagner du temps.

[1] *Bulletin de la Société de Médecine légale de France,* t. XVII. Séance de janvier 1901.

Dans les affaires où trois experts ont été commis, ceux-ci sont tenus de procéder conjointement à l'expertise; ils ne peuvent pas déléguer leurs pouvoirs à l'un d'eux. Les juges en effet veulent avoir l'avis des trois experts, et non pas l'avis d'un seul ratifié par les deux autres.

Les experts sont des mandataires et par suite ils sont tenus de se renfermer dans les termes du mandat qui leur est donné et dont les limites sont tracées par l'arrêt, le jugement ou l'ordonnance qui les a commis. Cependant, ils peuvent, s'ils y sont autorisés par le consentement de toutes les parties, porter leurs recherches sur des faits placés en dehors de la mission qui leur a été confiée.

Du reste, la cour de cassation a reconnu que rien ne s'oppose à ce qu'ils prennent les renseignements qui leur paraissent utiles pour remplir leur mission. Ils peuvent provoquer les déclarations de toutes les personnes dont ils jugent le témoignage utile, par exemple les infirmiers qui ont soigné l'aliéné ou le prétendu aliéné, mais ils n'ont pas qualité pour forcer ces personnes à venir témoigner si elles s'y refusent, ni pour leur faire prêter serment ; ils sont encore autorisés à rechercher les traces du séjour qu'à pu faire dans les hôpitaux ou asiles d'aliénés la personne qu'ils ont à examiner. En somme les experts ont le droit de prendre des renseignements mais ils ne peuvent pas faire d'enquête.

Les experts peuvent recueillir seuls les renseignements sans la présence des parties car il s'agit là non de l'expertise proprement dite mais simplement d'actes préparatoires de cette expertise.

Il peut arriver que la personne dont les médecins ont à apprécier l'état mental se refuse à se laisser examiner, ne veuille ni recevoir les experts chez elle ni se rendre à leur cabinet. Dans ce cas les experts n'ont qu'à constater le refus qni leur est opposé et à en prévenir l'autorité judiciaire qui les a commis.

Du rapport. — Les opérations de l'expertise terminées l'expert rédige un rapport ; s'il y a trois experts ceux-ci se réunissent pour délibérer et arrêter les termes du rapport. Les parties n'ont pas le droit d'assister à cette discussion.

L'article 318 du code de procédure a ainsi formulé les règles qui doivent procéder à la rédaction du rapport :

« Les experts dresseront un seul rapport; ils ne formeront qu'un seul avis à la pluralité des voix.

« Ils indiqueront néanmoins, en cas d'avis différents, les motifs des divers avis, sans faire connaître quel a été l'avis personnel de chacun d'eux. »

Voyons quelle doit être la conduite des médecins experts en présence de ce texte :

A la fin de la délibération trois éventualités peuvent se produire :

1° Les trois experts sont du même avis;

2° Deux des experts ont la même opinion, le troisième en a une autre.

3° Les trois experts ont chacun une opinion différente.

Dans le premier cas l'avis collectif est consigné dans un rapport unique rédigé par un des experts et signé par tous.

Dans le second cas la majorité exprime son avis et l'expert dissident exprime le sien de son côté.

Dans le dernier cas chacun des trois experts formule son avis séparément.

Dans tous les cas les avis doivent être *motivés* c'est-à-dire accompagnés des raisons qui ont amené les experts à conclure dans tel ou tel sens. Les avis de majorité ou individuels doivent êtres exposés sans faire connaître les noms des experts qui les ont donnés, de façons à permettre au tribunal de choisir entre les diverses opinions sans considération de personnes.

Les différents avis des experts doivent être consignés dans un rapport unique. Le texte de l'article 318 est formel à cet égard. Cependant il a été jugé par la cour de cassation que les experts peuvent après avoir procédé conjointement à l'opération qui leur était confiée rédiger chacun un rapport au lieu d'un seul rapport s'ils n'ont pas pu se mettre d'accord sur certains points.

Donc si les experts dressent plusieurs rapports il ne saurait en résulter nullité de l'expertise, mais comme chaque rapport entraîne des frais assez onéreux, le surcroît de frais occasionné par un double ou triple rapport pourraît être laissé à la charge des experts. Il vaut donc mieux mentionner sur un rapport unique les deux ou trois avis différents en prenant soin de ne pas faire connaître quel a été l'avis personnel de chacun des experts.

La pluralité des avis est toujours ûne chose fâcheuse dont le moindre inconvénient est de diminuer l'autorité des médecins, ceux-ci devront donc s'efforcer de l'éviter en se faisant des concessions mutuelles.

Nous dirons plus loin dans quels termes ce rapport doit être rédigé. Ce sera le sujet d'un paragraphe spécial.

Le rapport doit être rédigé par l'un des experts mais il ne doit pas nécessairement être écrit par lui. Il a été jugé en effet qu'un rapport d'expert n'est pas nul lorsqu'il est constant que la rédaction en a été faite par l'expert et qu'il ne s'est servi d'un écrivain que pour le copier.

Dans tous les cas d'expertises civiles, sauf lorsque la partie poursuivante a obtenu le bénéfice de l'assistance judiciaire, le rapport doit être rédigé sur papier timbré; une infraction à cette obligation entraînant une amende de cinq francs. On emploie généralement des feuilles de 1 fr. 20 centimes dont le prix est avancé par les experts.

Il faut éviter de couvrir d'écriture ou d'altérer l'empreinte du timbre car on encourrait encore une amende de cinq francs.

Il est défendu aux experts sous peine de vingt francs d'amende, de transcrire dans leur rapport une pièce ou un certificat non écrit sur papier timbré ou visé pour timbre par l'administration de l'enregistrement : c'est là une disposition des lois fiscales et pour bizarre qu'elle paraisse il faut la respecter. Mais si les experts reçoivent des pièces de cette nature ils peuvent en faire mention dans leur rapport.

Dans le rapport, les blancs, les surcharges, les interlignes doivent être

évités avec soin. Si des renvois sont nécessaires ils seront reportés en marge et approuvés par le paraphe de tous les signataires du rapport. S'il y a des ratures elles seront l'objet à la fin du rapport d'une approbation indiquant exactement le nombre des mots rayés-nuls. Il ne faut pas mettre des mots en abrégé et il est préférable d'écrire en toutes lettres et non en chiffres les nombres et les dates que l'on peut avoir à indiquer.

Le rapport doit être daté. A défaut de date il ne serait pas nul mais il prendrait alors celle que lui donne l'enregistrement.

Mallard et Maye recommandent tous les deux de ne pas donner au rapport la date d'un dimanche ou d'un jour férié parce que ces jours sont considérés par la loi comme des jours de vacances pendant lesquels il n'est pas permis en principe de faire un acte de procédure. En pratique nous n'avons jamais vu ni entendu dire que des experts aient eu des difficultés à ce sujet.

Non seulement le rapport doit être écrit sur papier timbré mais encore il doit être soumis à l'enregistrement lequel peut être requis dans tous les bureaux. A Paris, en dehors des bureaux de quartier, c'est le receveur de la cour d'appel, au palais de justice, qui est spécialement chargé de l'enregistrement des rapports.

Le droit d'enregistrement est de 3 fr. 75.

Lorsque le rapport est terminé, signé, enregistré, l'un des experts le dépose ou le fait déposer au greffe du tribunal ou de la cour qui a ordonné l'expertise et devant qui l'affaire doit être jugée.

Les experts étant responsables du rapport jusqu'à la prise de possession par le greffe feront bien de le déposer en personne s'ils habitent la localité et dans le cas contraire de l'adresser par la poste sous pli recommandé au greffier qui en accusera réception.

Le dépôt du rapport doit être constaté par un acte rédigé par le greffier signé par lui et par le déposant. Le coût de cet acte est de 8 fr. 25.

Le déposant doit avoir le soin de noter très exactement la date et le numéro du dépôt car plus tard il en aura besoin au moment de la taxe.

Le rapport déposé les experts doivent aviser par lettre les parties ou les avoués de cette opération en leur indiquant la date et le numéro de dépôt.

Le procès-verbal est ensuite rangé au nombre des minutes du greffe où les parties peuvent en prendre communication et en requérir des expéditions à leurs frais.

Les pièces de toute nature remises aux experts à titre de communication au cours de l'expertise par les parties doivent être rendues à celles-ci après la clôture des opérations.

Expert adjoint. — Les médecins aliénistes commis peuvent réclamer les lumières d'un ou de plusieurs médecins spécialistes (oculistes, auristes, etc.). Ceux-ci doivent être choisis et nommés dans les mêmes conditions que les experts principaux. En faisant le choix eux-mêmes les experts principaux s'exposeraient à ce que le président n'admette pas en taxe et laisse à leur charge personnelle les honoraires réclamés par le nouvel expert.

En pratique les experts principaux font parfois appel à l'obligeance d'un confrère spécialiste figurant sur la liste officielle et s'entendent avec lui pour les honoraires; mais ils doivent avoir au préalable l'assentiment des parties.

Les juges peuvent adjoindre à l'expert principal ou aux experts principaux autant de spécialistes ou experts adjoints que les circonstances l'exigent en précisant la misson qui incombera à chacun d'eux. L'avis des experts adjoints pourra être inséré dans le rapport dressé par l'expert principal ou faire l'objet d'un rapport particulier annexé au principal.

Expertise nouvelle. — Les juges peuvent toujours ordonner une nouvelle expertise s'ils ne trouvent point dans le rapport les éclaircissements suffisants, si le rapport est suspect de partialité, s'il a été annulé pour vice de forme, si des faits nouveaux se sont révélés depuis sa rédaction.

Les parties aussi peuvent la demander mais les juges restent maîtres d'apprécier le bien fondé de leur demande.

Il est loisible aux juges suivant les circonstances de confier la nouvelle expertise aux premiers experts ou de nommer des experts nouveaux.

Les formalités de la nouvelle expertise sont les mêmes que celles de l'expertise en général sauf les modifications de détail suivantes :

Les nouveaux experts ne peuvent être choisis par les parties, leur nomination est exclusivement abandonnée aux juges qui les nomment d'office.

La nouvelle mission peut être confiée à un ou plusieurs experts c'est-à-dire un, deux, trois, et plus.

Lorsque le tribunal a fait choix de nouveaux experts ceux-ci doivent naturellement prêter serment.

Si ce sont les mêmes experts qui ont été nommés il y a lieu de distinguer :

Si l'expertise nouvelle n'a pour but que d'expliquer le rapport, de combler une lacune ou de recommencer une expertise annulée pour vice de forme, un nouveau serment est inutile. Mais si au contraire l'expertise porte sur des faits nouveaux il y a lieu à une nouvelle prestation de serment.

Quand la nouvelle expertise n'a pour but que d'expliquer le premier rapport il n'est pas besoin d'appeler les parties à cette opération. Mais dans tous les autres cas d'expertise nouvelle la présence des parties ou leur mise en demeure d'après la règle générale est une condition essentielle de la validité des nouvelles opérations.

Les nouveaux experts ont le droit de se servir du rapport des premiers experts.

Durée de l'expertise. — Le code ne fixe pas de délai pour le dépôt du rapport mais les experts doivent le déposer aussitôt que cela leur est possible. S'ils manquaient à ce devoir ils s'attireraient des remontrances ou injonctions du magistrat qui les a commis. De plus l'article 320 du code de procédure dit : « En cas de retard ou de refus de la part des experts, de déposer leurs « rapports, ils pourront être assignés à trois jours francs, sans préliminaires

« de conciliation, par devant le tribunal qui les aura commis pour se voir « condamner à faire ledit dépôt. »

S'il était constaté que le retard ou le refus provient de la négligence des experts, de leur mauvaise foi, de leur entente ou de l'accord d'un d'entre eux avec une des parties, enfin d'une intention de nuire ou de désobéir à la justice, l'expert ou les experts fautifs pourraient être condamnés à des dommages-intérêts envers les parties qui en auraient éprouvé préjudice.

Valeur du rapport. — Le rapport a le plus souvent une grande influence sur la décision des juges mais il ne lie nullement ceux-ci. L'article 323 du code de procédure dit en effet : « Les juges ne sont astreints à suivre l'avis des « experts, si leur conviction s'y oppose. »

Leur pouvoir d'appréciation étant absolu, les juges peuvent entériner les rapports en tout ou en partie, statuer sans nouvelle expertise contre l'avis des experts et sans avoir à dire pourquoi, annuler les rapports viciés dans la forme ou suspects de partialité, et ordonner une nouvelle expertise toutes les fois qu'ils le jugent utile.

Les rapports sont versés au procès et peuvent être critiqués et discutés par les parties.

Comparution des experts a l'audience. — Les experts doivent se tenir à la disposition des magistrats pour toutes les explications que ceux-ci pourraient avoir à leur demander. Mais il est tout à fait exceptionnel dans les procès civils de voir les médecins experts appelés comme témoins, devant le tribunal pour s'expliquer sur leur rapport ; en matière criminelle, comme nous le verrons, il en est tout autrement.

B. — Expertise en matière criminelle.

Le médecin aliéniste a bien plus souvent à intervenir dans les affaires criminelles que dans les affaires civiles. Malheureusement le code d'instruction criminelle est muet ou à peu près sur les règles à suivre en matière d'expertise. La doctrine et la jurisprudence se sont efforcées de combler cette lacune. Le code de procédure civile si complet au point de vue de l'expertise fournit aussi quelques dispositions ayant un caractère général.

Juges pouvant ordonner l'expertise. — L'expertise médicale en matière criminelle peut être ordonnée par les membres du parquet (en cas de flagrant délit seulement); par les juges d'instruction ; par les tribunaux répressifs de tous les degrés : tribunal de simple police, tribunal correctionnel ; par la cour d'appel : chambre des appels correctionnels, chambre des mises en accusation, cours d'assises. Ces mêmes autorités possèdent le pouvoir de refuser l'expertise qui leur est demandée quand elles la jugent inutile.

L'examen mental est dans la grande majorité des cas ordonné par le juge d'instruction. Exceptionnellement l'ordonnance émane du parquet : c'est

qu'alors peu après le délit, le procureur de la République a reçu des certificats médicaux ou des renseignements de nature à donner des doutes sur l'intégrité des facultés intellectuelles du délinquant ; il s'agit presque toujours dans ce cas, au moins à Paris, de flagrants délits soit de vol dans les grands magasins, soit d'outrage public à la pudeur. — Quand l'expertise est ordonnée par les tribunaux repressifs c'est qu'elle est réclamée par le défenseur et que des doutes se sont élevés dans l'esprit des juges sur l'état mental de l'accusé soit par suite de l'attitude de celui-ci à l'audience soit par suite de la production de certains documents, par exemple de certificats médicaux.

Droit des magistrats pour la désignation des experts. — Au civil comme nous l'avons vu un jugement ordonne l'expertise et les parties désignent les experts. Au criminel tout se fait du même coup ; le magistrat qui ordonne l'expertise désigne en même temps le ou les experts à l'exclusion des parties qui ne peuvent participer à cette désignation.

M. J. Cruppi, député, ancien avocat général à la cour de cassation a déposé à la Chambre des députés un projet de loi ayant pour but de rendre l'expertise au criminel, contradictoire, c'est-à-dire de donner au prévenu le droit de choisir un ou des experts qui procederaient aux opérations de l'expertise de concert avec le ou les experts choisis par le juge.

Les juges ne sont pas limités comme au civil quant au nombre des experts qu'ils doivent commettre ; il leur est donc loisible d'en désigner un, deux, trois ou même un plus grand nombre suivant l'importance et les difficultés de l'affaire.

Convocation des experts. — Quand l'expert est commis par le juge d'instruction il reçoit de ce magistrat soit une lettre d'avis soit, le plus habituellement, l'ordonnance même qui le commet.

Quand il a été désigné par le tribunal ou la cour d'appel il est avisé par le parquet qui lui transmet l'extrait du jugement ou de l'arrêt qui l'a commis.

Acceptation ou refus des experts, leur récusation. — Lorsque l'expert est *commis* et non *requis*, il est libre d'accepter ou de refuser la mission qu'on désire lui confier. Il prévient alors de son refus l'autorité judiciaire qui l'a commis, soit verbalement soit par lettre.

Aucun médecin n'étant inscrit sur la liste officielle des experts sans l'avoir demandé il ne serait pas convenable de la part d'un expert de refuser son concours sans donner un motif valable (l'état de sa santé, ses occupations, un voyage, etc.), et un refus systématique de sa part entraînerait évidemment sa radiation.

Quand le médecin n'est pas simplement commis mais bien requis il ne peut refuser de déférer à la réquisition, à moins de justifier d'un empêchement grave, sans s'exposer à une condamnation correctionnelle. En effet

l'article 23 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine oblige tout médecin français (docteur ou officier de santé) à déférer aux réquisitions de la justice. Le médecin est surtout requis dans les cas de flagrant délit, par exemple en cas de mort violente et autres analogues, mais il pourrait aussi être requis de procéder à un examen mental dans quelques circonstances exceptionnelles, par exemple quand il s'agit d'interner un fou dangereux.

En cas de non-acceptation ou d'empêchement des experts désignés l'autorité qui les a commis est seule compétente pour procéder à leur remplacement.

Les experts ne sont pas récusables en matière criminelle contrairement à ce qui a lieu en matière civile.

Serment des experts. — Dans tous les cas d'expertises ordonnées par le parquet, le juge d'instruction et les tribunaux répressifs de tous les degrés, le *serment est de rigueur*, par suite les parties pas plus que les magistrats ne pourraient dispenser les experts de l'accomplissement de cette formalité.

Le premier devoir d'un médecin expert commis est donc de prêter serment avant de procéder à toute opération. Il va de lui-même remplir cette formalité tandis qu'au civil il doit attendre sommation ou tout au moins avis de la partie la plus diligente. Le serment est prêté devant le juge de paix en matière de simple police ; pour les autres affaires devant les magistrats : procureur de la République, juge d'instruction, président de la chambre du tribunal ou de la cour, ou devant tout magistrat délégué à cet effet.

L'expert après avoir reçu lecture de l'ordonnance du jugement ou de l'arrêt, jure « de remplir en son honneur et conscience la mission qui lui est confiée ».

Une fois le serment prêté l'expert ne peut plus revenir sur son acceptation il est tenu d'aller jusqu'au bout de sa tâche.

Pour ne pas scinder ce qui a trait à la question du serment, disons tout de suite que les experts appelés aux débats pour rendre compte de leur examen et répondre aux questions qui peuvent leur être posées à ce sujet doivent à peine de nullité prêter le même serment que les témoins.

Le président dit à l'expert : Levez la main droite. Et quand l'expert a la main droite levée, il ajoute : Vous jurez de parler sans haine et sans crainte de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité. L'expert répond : Je le jure; et baisse la main. Le Président invite alors l'expert à décliner ses noms, âge, qualité, domicile, et cela fait à exposer les résultats des opérations dont il a été chargé.

Opérations de l'expertise. — Ayant prêté serment, l'expert est libre de procéder comme il l'entend à l'examen de la personne dont il doit constater l'état mental. A cet effet si celle-ci est en liberté il peut à son choix la convoquer à son cabinet ou la voir chez elle ; si elle est détenue, il se rend à la prison, muni de l'ordonnance ou de l'extrait qui l'a commis et là il est placé

en sa présence soit dans le cabinet du médecin de la prison soit dans une des pièces réservées aux avocats soit dans tout autre local.

Si l'inculpé est en liberté et ne se rend pas à une première convocation l'expert devra lui en envoyer une nouvelle, cette fois sous pli recommandé en le prévenant que faute d'une réponse il avisera l'autorité judiciaire. Si au bout de quelques jours l'inculpé n'a pas donné signe de vie l'expert fera bien de se rendre chez lui pour s'enquérir de sa présence ou de son absence. Si l'inculpé est absent ou si présent il ne veut pas recevoir l'expert celui-ci n'aura plus qu'à se retirer et porter le fait à la connaissance du magistrat qui l'a commis.

L'expert ne doit pas se borner à l'examen de la personne, il doit encore interroger les parents de celui-ci et toutes personnes capables de lui donner des renseignements, il doit en outre étudier le dossier toujours mis à sa disposition par l'autorité judiciaire, en un mot il doit s'entourer de tous les renseignements capables d'éclairer son jugement.

Nous avons vu qu'au civil les parties peuvent assister ou se faire représenter aux opérations de l'expertise; il n'en est pas de même au criminel.

Dans le cas ou plusieurs experts ont été commis ensemble ils procèdent conjointement à l'examen au moins une fois, mais ils peuvent très bien en outre examiner l'inculpé chacun isolément.

Du rapport. — Quand l'expert au bout d'un certain nombre de visites est suffisamment éclairé il *rédige* un rapport, le *date* et le *signe.*

Nous dirons plus loin dans quels termes ce rapport doit être rédigé.

L'expert doit rédiger le rapport lui-même, mais il a la faculté de le faire écrire par une autre personne.

Quand plusieurs experts ont été commis dans une affaire ils procèdent conjointement à l'examen, puis ils arrêtent d'un commun accord les termes du rapport et l'un d'eux le rédige et tous le signent. Il n'y a donc qu'un rapport unique.

Le code de procédure criminelle n'a pas prévu comme le code de procédure civile le cas de désaccord entre les experts. Cette éventualité est heureusement fort rare, quand elle se produit on s'en réfère alors autant que possible au code de procédure civile.

En matière criminelle, quand il n'y a pas de partie civile en cause, ou quand la partie civile est partie jointe au ministère public qui agit comme partie principale, le rapport est dispensé du timbre d'enregistrement et écrit sur papier libre.

L'expert doit déposer son rapport entre les mains de l'autorité qui l'a commis c'est-à-dire suivant les circonstances :

Au parquet du procureur de la République ou du procureur général près la cour d'appel;

Au cabinet du juge d'instruction;

Au greffe du tribunal ou de la cour qui a ordonné l'expertise.

Entre le moment où le médecin dépose son rapport et celui où il peut

être appelé à le soutenir devant le Tribunal ou la Cour il s'écoule le plus souvent plusieurs semaines et même plusieurs mois ; il est donc nécessaire d'en garder une copie de façon à pouvoir la relire avant l'audience.

Expert adjoint. Expert supplémentaire. — Au criminel comme au civil le médecin chargé d'un examen mental peut demander au magistrat qui l'a commis de lui adjoindre un spécialiste, par exemple quand il y a lieu, comme cela arrive quelquefois, de pratiquer l'examen du fond de l'œil.

Le magistrat acquiesce généralement à cette demande et tout se passe alors comme au civil.

Non seulement un médecin aliéniste peut réclamer la nomination d'un expert adjoint spécialiste dans une autre branche de la médecine mais il lui est encore loisible, quand il se trouve en présence d'un cas trop embarrassant de demander la nomination d'un ou de deux autres médecins aliénistes pour opérer conjointement avec lui. Une pareille demande, on le conçoit, ne doit être faite que dans des cas particulièrement difficiles et de nature à engager gravement la responsabilité de l'expert. L'expertise est faite alors par deux ou par trois médecins au lieu d'un dans les conditions ordinaires. La demande d'expert adjoint ou d'expert supplémentaire peut être repoussée.

Expertise nouvelle. — Les juges répressifs comme les juges du civil ont le droit aussi bien en simple police qu'au correctionnel et au criminel d'ordonner une nouvelle expertise dans le cas où la première a été reconnue irrégulière ou insuffisante : ils sont libres de la confier au même expert.

Généralement en pareille occurrence les juges nomment le même expert en lui adjoignant deux collègues.

Les formes à suivre au cours de la nouvelle expertise seront semblables à celles observées pour la première.

Durée de l'expertise. — La durée de l'expertise autrement dit la date du dépôt du rapport n'est généralement pas fixée par l'autorité judiciaire qui commet l'expert. Cependant parfois le juge d'instruction prévient l'expert qu'il ne peut maintenir l'inculpé en prison qu'un certain nombre de jours (cinq jours par exemple dans le cas d'outrage aux agents). Parfois aussi le tribunal remet l'affaire à une date fixe, 2, 4, 6 semaines, etc. ; la cour d'assises renvoie à une session déterminée. Dans tous ces cas l'expert doit déposer son rapport dans les limites fixées ; si par suite de circonstance tout à fait exceptionnelle il en était empêché, il devrait prévenir l'autorité judiciaire de laquelle il a reçu sa mission. Le plus habituellement l'ordonnance, l'extrait du jugement ou l'arrêt ne fixe aucune date pour le dépôt du rapport, l'expert est libre alors de prolonger son examen aussi longtemps qu'il le juge nécessaire. Bien entendu il doit aller aussi vite que possible, surtout quand l'inculpé est détenu. Quelquefois le juge d'instruction presse l'expert de déposer son rapport ne se rendant pas toujours compte des difficultés que présente un examen mental. L'expert, quand il ne se trouve pas suffisamment

éclairé, doit savoir résister à ces réclamations et faire comprendre au magistrat qu'un examen mental est toujours chose longue et délicate, que pour se rendre compte de l'état des facultés intellectuelles d'un inculpé il est souvent nécessaire non seulement de le voir plusieurs fois mais de laisser écouler un certain nombre de jours entre chaque visite.

Valeur du rapport. — Sur ce point nous ne pouvons que renvoyer à ce que nous avons dit à propos des expertises civiles.

Comparution des experts a l'audience. — Le rapport déposé, la tâche des experts n'est pas toujours finie; ils peuvent en effet être convoqués à l'audience pour soutenir leur rapport et fournir tous renseignements s'y reportant.

Le médecin expert aliéniste est rarement appelé à déposer devant le tribunal correctionnel, les magistrats se contentant de la pièce écrite qu'ils ont sous les yeux ; mais quand l'affaire va aux assises il est presque toujours, pour ne pas dire toujours, appelé. C'est que d'abord l'affaire a plus d'importance et ensuite que les jurés n'ayant pas sous les yeux le rapport écrit il est nécessaire de leur exposer les résultats de l'expertise.

Quand l'expertise a été faite par plusieurs médecins, tantôt le président des assises les fait convoquer tous, tantôt il se borne à faire venir un seul d'entre eux.

L'expert ayant prêté serment fait sa déposition. Quand il l'a achevée le président parfois lui adresse des questions, lui réclame des éclaircissements, ensuite il demande successivement aux jurés, au ministère public, à la défense s'ils ont des questions à poser.

S'il est posé des questions l'expert y répond. Enfin le président déclare à l'expert qu'il peut se retirer, en même temps il demande généralement au ministère public et à l'avocat s'ils ne voient pas d'inconvénients à ce que l'expert se retire définitivement, quitte la salle d'audience. La réponse est presque toujours : non. Alors l'expert est libre de s'en aller ou de rester dans la salle s'il lui plaît de suivre les débats.

Parfois, mais rarement, soit le ministère public soit la défense demande que l'expert assiste aux débats. L'avocat espère que telle déposition des témoins pourra modifier la manière de voir de l'expert jusque-là défavorable à l'accusé. L'avocat général croit devoir conserver un auxiliaire capable de répondre aux arguments que le défenseur pourrait faire valoir en faveur de l'irresponsabilité de l'accusé.

La convocation des experts devant le tribunal correctionnel ou les assises se fait par exploit d'huissier. En arrivant à l'audience l'expert dépose cette pièce entre les mains du greffier qui la fait taxer par le président ou un de ses assesseurs et la remet ensuite à l'expert. L'expert a droit à une ou plusieurs vacations suivant le temps passé à l'audience.

DE L'EXPERTISE DANS LES CAS D'ASSISTANCE JUDICIAIRE

Le bénéfice de l'assistance judiciaire a pour but d'éviter aux personnes indigentes l'obligation d'avancer les frais de justice.

L'expertise poursuivie par des personnes admises au bénéfice de l'assistance judiciaire est, quant à la forme, soumise aux règles ordinaires se référant à la juridiction civile ou criminelle devant laquelle l'affaire est pendante. Il n'y a de différence qu'en ce qui touche les formalités fiscales auxquelles les rapports sont soumis.

L'expert doit rédiger son rapport sur papier libre en ayant soin d'indiquer en tête ou en marge de la première page la date de l'admission à l'assistance judiciaire, puis il le soumet à la formalité du visa pour timbre et de l'enregistrement et enfin le dépose, mais pour ces diverses opérations contrairement à ce qui a lieu habituellement il n'a rien à débourser. Toutes ces opérations sont faites en debet.

DE LA FORME A DONNER AU RAPPORT ÉCRIT ET A LA DÉPOSITION ORALE

Rapport. — Le rapport, la pièce écrite dans laquelle l'expert consigne le résultat de son examen, tire son caractère médico-légal du but visé : éclairer les magistrats ; c'est dire que cette pièce doit être rédigée à un point de vue spécial variable suivant les cas qui seront indiqués par la suite, néanmoins d'une façon générale elle doit renfermer les parties suivantes :

1° Le préambule qui comprend : *a*) les noms, prénoms, qualités et domicile de l'expert ; *b*) la *reproduction* de l'ordonnance, jugement ou arrêt qui a prescrit l'examen mental ; *c*) la mention de la prestation du serment ; *d*) (dans les affaires civiles) la date des opérations, le lieu où elles ont été pratiquées, la mention des personnes présentes.

2° *L'exposition des faits* avec autant que possible, l'indication de la manière d'être habituelle de la personne examinée, et, quand il s'agit d'une affaire criminelle, de l'attitude de l'inculpé avant, pendant et après la perpétration du crime ou délit. Cette partie se rédige à l'aide du dossier qui doit toujours être étudié depuis la première jusqu'à la dernière page.

3° *L'observation clinique*, c'est-à-dire les résultats de l'examen direct et les commémoratifs. L'expert doit décrire tout ce qu'il a vu, faire pour ainsi dire un inventaire complet des symptômes observés. Quand il n'a rien constaté d'anormal il ne doit pas se borner à déclarer que son examen a été négatif, il doit indiquer avec détails qu'il a fait des investigations complètes au point de vue du niveau mental, du délire, des hallucinations, de l'épilepsie, des stigmates d'hystérie, des signes d'intoxication alcoolique ou autre, des troubles de la sensibilité ou de la motilité, de l'état physique, etc., etc. Il doit montrer en un mot que s'il n'a rien trouvé ce n'est pas faute d'avoir tout cherché.

L'observation clinique doit se compléter des commémoratifs c'est-à-dire

de l'indication des antécédents personnels et héréditaires, et aussi des renseignements divers recueillis soit auprès de la famille soit auprès du personnel de la prison.

Il ne faut pas oublier les écrits des aliénés qui sont parfois si démonstratifs.

4° *La discussion et l'appréciation* d'une part des faits, d'autre part des résultats de l'observation clinique. *La loi exige* en effet que le rapport soit *motivé*, c'est-à-dire renferme les raisonnements qui ont amené l'expert à la solution qu'il propose. Il faut en matière d'examen mental indiquer si l'acte ou les actes ont ou non un caractère pathologique, faire connaître la valeur sémiologique des phénomènes morbides constatés, établir un diagnostic ou un pronostic, enfin montrer les conséquences médico-légales qui découlent de cette discussion soit au point de vue de la responsabilité, soit au point de vue de la capacité, suivant qu'il s'agit d'une affaire criminelle ou au contraire d'une affaire civile.

5° *Des conclusions* qui sont le résumé du rapport et la réponse, aussi précise que possible, à la question ou aux questions posées par l'ordonnance, le jugement ou l'arrêt.

Voilà la forme que doit revêtir le rapport ; il doit de plus présenter les qualités suivantes : véracité, impartialité, prudence, clarté.

Le contenu de la pièce écrite devra être sincère et véritable. Le médecin n'y avancera aucun fait dont il n'aura vérifié par lui-même l'exactitude ; il aura bien soin de faire le départ entre ce qu'il aura vu et au contraire ce qu'on lui aura dit, entre ses constatations et les renseignements qu'on lui aura donnés.

Le médecin doit être impartial. Il se gardera d'apprécier le côté moral et la gravité des faits, d'écrire aucun mot pouvant indiquer un parti pris contre ou en faveur de la personne examinée, il évitera tout ce qui pourrait ressembler à une interprétation ou à une application de la loi : en un mot il n'empiètera ni sur les attributions de l'avocat ni sur celles du magistrat.

Le médecin ne saurait user de trop de prudence. Il doit bien distinguer ce qui est démontré de ce qui est au contraire seulement probable ou incertain, n'avancer que ce dont il est sûr. On ne peut pas toujours se prononcer ; il est des cas par exemple où il est impossible de dire quel était l'état mental d'une personne au moment où elle a commis un délit ou un crime remontant à plusieurs semaines ou à plusieurs mois. Le médecin ne doit pas hésiter alors à déclarer son impuissance et ne pas craindre qu'on mette sur son manque de savoir, une réserve commandée par les circonstances.

Le style doit être simple et clair : il faut dépouiller tout artifice, éviter les expressions ambiguës, les restrictions et les réticences qui finissent par enlever toute signification aux assertions émises ; il faut aussi employer le moins possible les termes par trop techniques, et si on est obligé d'en faire usage, les expliquer ; le médecin ne doit pas oublier qu'il s'adresse non à d'autres médecins mais à des hommes de loi n'ayant pas de connaissances en médecine.

Déposition orale. — La déposition orale doit être un résumé du rapport écrit. L'expert s'adresse avant tout aux jurés qui n'ont pas entre les mains le rapport écrit comme les magistrats de la cour et l'avocat; il doit donc être aussi clair que possible et s'abstenir plus que dans le rapport écrit de termes techniques qui pourraient ne pas être compris de ceux auxquels il s'adresse. Il doit parler sur un ton posé, se gardant bien de donner à sa déposition les allures soit d'un réquisitoire contre l'accusé, soit d'une plaidoirie en sa faveur. Il ne doit jamais oublier que sa mission consiste à éclairer les juges sur un point déterminé, l'état mental de l'accusé, et qu'il sortirait absolument de son rôle s'il avait seulement l'air de se prononcer sur la culpabilité ou l'innocence de celui-ci.

Il est bon de terminer la déposition en récitant textuellement les conclusions du rapport écrit.

Des questions peuvent être posées à l'expert par les jurés, par le ministère public, par le défenseur. Quelle que soit la forme, quel que soit le nombre de ces questions l'expert doit y répondre à la condition toutefois que celles-ci se rapportent bien, directement ou indirectement, à l'objet de sa mission : et cela sans se départir de són calme, sans manifester la moindre impatience, la moindre mauvaise humeur. A toute question n'ayant pas trait à la détermination de l'état mental de l'accusé l'expert peut et doit refuser de répondre. Parfois le mobile du crime n'apparaît pas et l'avocat demande à l'expert quelle est son opinion à ce sujet. Le médecin n'a nullement à répondre à cette question ; il doit établir si le mobile connu est ou non d'ordre pathologique mais quand le mobile est ignoré ce n'est pas à lui à l'établir, il n'a pas à indiquer le sentiment qu'il peut avoir sur ce point.

Parfois aussi l'avocat demande nettement à l'expert si selon lui l'accusé doit être condamné ou au contraire acquitté ; d'autrefois il cherche par des questions plus ou moins détournées, à lui faire donner son avis sur ce point capital. L'expert n'a jamais à ce prononcer sur ce fait, il doit donc refuser catégoriquement de répondre à toute question s'y rattachant. C'est aux jurés à se prononcer sur la culpabilité; c'est au magistrat à appliquer la peine. L'expert lui n'a d'autre rôle que d'éclairer les jurés et les magistrats sur l'état mental de l'accusé.

Où l'expert doit redoubler de prudence c'est quand au lieu d'être seul il est accompagné d'un ou deux collègues. Les experts en effet attendent hors de la salle d'audience leur tour de comparution et ne sont appelés à la barre que successivement. Par conséquent le second ne sait pas ce qu'a dit le premier et le troisième ce qu'ont dit les deux autres. Il arrive parfois que l'avocat profite de cette circonstance pour chercher par des questions insidieuses à mettre les experts en désaccord. Afin d'éviter même les apparences d'un désaccord le mieux est pour les experts de ne répondre qu'aux questions qui ont été discutées et étudiées dans le rapport écrit, de se cantonner dans les limites de ce rapport et de ne pas se laisser entraîner sur un autre terrain.

INTERVENTION D'UN MÉDECIN NON-EXPERT AU COURS D'UNE PROCÉDURE

Tout médecin a la faculté d'intervenir dans un cas de procédure civile ou criminelle sur la demande des intéressés. Médecin ordinaire de celui qui réclame son concours, il peut fournir des renseignements sur l'état de santé habituel de celui-ci, sur les troubles mentaux qu'il a pu observer chez lui ou sur des membres de sa famille ; appelé pour la première fois à propos de l'affaire en cours il peut procéder à un examen mental. Toutefois si la personne à examiner est détenue il lui faut pour pénétrer dans la prison la permission de l'autorité judiciaire qui peut la refuser et la refuse ordinairement. Le médecin agit alors non en vertu d'une délégation de la justice mais comme simple mandataire d'un particulier ; il n'intervient pas directement auprès de l'autorité judiciaire mais il remet à son commettant une pièce écrite qui est ensuite versée au dossier. L'intervention médicale dans ces conditions n'a généralement d'autre résultat que de provoquer la nomination d'experts par l'autorité judiciaire.

Tandis que la pièce écrite dans laquelle le médecin expert consigne le résultat de ses investigations, de son expertise se nomme un *rapport,* celle fournie par le médecin qui agit non par une délégation de la justice, mais comme simple mandataire d'un particulier est une *consultation* (avis motivé) ou un *certificat* (simple attestation).

La consultation ou le certificat destiné comme le rapport, à éclairer les magistrats doit présenter les mêmes caractères que celui-ci. Jamais un médecin, il est à peine besoin de le dire, n'acceptera de donner un avis dans un sens déterminé à l'avance. Viendra-t-on lui dire par exemple : M. le Docteur je voudrais faire interdire un membre de ma famille qui présente des troubles cérébraux, je vous prie de l'examiner et de me rédiger ensuite une consultation *ad hoc.* A cette demande il répondra : Je veux bien examiner votre parent et consigner par écrit le résultat de mon examen, mais je ne puis pas vous répondre que mon avis sera conforme à vos désirs. — En pareille occurrence il est prudent, pour éviter toute contestation, de fixer à l'avance le montant des honoraires et de bien spécifier que ceux-ci seront versés contre remise de la pièce écrite.

Voici un modèle de consultation et un modèle de certificat rédigés au point de vue médico-légal.

CONSULTATION MÉDICO-LÉGALE

DEMANDÉE EN VUE DE FAIRE LEVER UN CONSEIL JUDICIAIRE

Nous, soussignés, docteurs en médecine de la Faculté de Paris, Paul Pottier, ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine, médecin directeur de la Maison de santé de la rue de Picpus, et Charles Vallon, ancien chef de Clinique de la Faculté de Paris, médecin en chef à l'Asile départemental d'aliénés de Villejuif, certifions avoir, à Paris, dans le courant du mois de mai 1895, examiné à plusieurs reprises

ensemble ou séparément M. F., habitant à ... Le résultat de notre examen est consigné dans la consultation suivante dont nous affirmons le contenu sincère et véritable :

A nos différentes entrevues, l'attitude et les manières de M. F. ont toujours été parfaitement correctes ; c'est d'un ton posé et dans un langage mesuré qu'il a toujours répondu à nos questions. Voici les explications qu'il nous a fournies. En 1893, à la suite de contrariétés et de chagrin prolongés, il fut pris de troubles cérébraux et on dut le placer à la maison de santé du D[r] Semelaigne à Neuilly-sur-Seine où il resta quinze mois. Il se rend parfaitement compte aujourd'hui qu'il a eu des troubles cérébraux et se rappelle même nombre de détails de sa maladie. Pendant les premiers jours de son internement, il croyait entendre les aboiements de ses chiens qui veillaient sur lui et mordaient les personnes qui voulaient approcher ; il se figurait que son fils, enfermé lui aussi dans la maison de santé, mourant de faim, broutait l'herbe, mangeait les racines et les feuilles des arbres, il prenait pour ses derniers râles les grincements de la pompe.

La raison a commencé à lui revenir dès septembre, mais il n'a été réellement bien qu'au mois de novembre et surtout de décembre. A sa sortie de la maison de M. le D[r] Semelaigne, on jugea utile de lui donner un conseil judiciaire dont il est encore pourvu aujourd'hui. Or il trouve que si son internement était nécessaire, les mesures conservatoires prises à son égard étaient au contraire insuffisamment justifiées. Il ne récrimine d'ailleurs pas et se contente de demander qu'il soit mis fin à une situation très gênante pour lui. En effet en raison de son conseil judiciaire, il ne peut, nous explique-t-il, placer son argent en compte courant, dans un établissement financier : Société Générale, Crédit Lyonnais, Banque de France, d'où il lui serait loisible de le retirer au fur et à mesure de ses besoins ; il lui faut garder par devers lui tout l'argent qu'il touche et il se trouve ainsi parfois porteur de sommes considérables, ce qui n'est pas prudent. Il fait remarquer qu'un conseil judiciaire est d'autant moins justifié qu'ayant hérité de son oncle, loin de se livrer à des dépenses exagérées, il a augmenté sensiblement son capital.

En résumé : Les facultés intellectuelles de M. F. ne sont pas affaiblies, sa mémoire est suffisante, il n'a pas de conceptions délirantes, son jugement est correct ; il se rend parfaitement compte qu'à un moment donné il a eu les facultés intellectuelles troublées, ce qui est un excellent signe de guérison.

L'état physique de M. F. qui est âgé de cinquante-sept ans est celui de la plupart des gens de son âge. On ne constate ni tremblement ni paralysie ni trouble de la sensibilité, ni embarras de la parole, ni désordre quelconque qui puisse faire soupçonner l'existence d'une lésion ou d'un trouble des centres nerveux.

Conclusions : M. F. n'étant en somme atteint d'aucun trouble des facultés mentales, n'ayant commis, à s'en rapporter à ses affirmations, aucune prodigalité, nous estimons qu'il peut avoir la libre administration de sa personne et de ses biens.

Le tribunal civil d'A... a accueilli favorablement la demande de M. F. et a prononcé la mainlevée de son conseil judiciaire.

CERTIFICAT DEMANDÉ A L'OCCASION D'UN VOL

Je soussigné, Charles Vallon, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin de l'asile Sainte-Anne, certifie ce qui suit :

Le 13 juillet, s'est présentée à mon cabinet une personne qui, après m'avoir montré une pièce établissant son état civil, m'a déclaré qu'ayant commis un vol dans les

magasins du Bon Marché elle désirait un certificat médical constatant son état de santé.

De l'examen auquel je me suis livré, il résulte pour moi que Mme B. est atteinte d'hystérie : elle présente en effet des troubles de la sensibilité cutanée, un léger rétrécissement du champ visuel ; elle déclare que souvent, surtout quand elle est contrariée elle sent comme une boule qui, partant du creux de l'estomac remonte à la gorge et l'étouffe.

Or, l'hystérie, ne va pas le plus souvent sans une déséquilibration plus ou moins marquée des facultés mentales.

D'autre part, Mme B. m'affirme que pendant deux mois ses règles s'étaient arrêtées, qu'elle était probablement au début d'une grossesse interrompue par la violente émotion que lui a causée son arrestation. Si cet arrêt des règles a réellement existé, c'était là une circonstance de nature à accentuer la nervosité de Mme B.

Sans donc vouloir déterminer la responsabilité de Mme B. en ce qui concerne spécialement le vol qu'elle a commis, je crois pouvoir avancer que, d'une manière générale, cette dame, en raison de la maladie nerveuse dont elle est atteinte mérite qu'on apprécie sa conduite avec indulgence.

HONORAIRES DES EXPERTS[1]

Ici encore il y a une distinction à établir entre les affaires criminelles et les affaires civiles.

1° Affaires criminelles. — En matière criminelle, les honoraires des médecins aliénistes sont décomptés en vacations tant pour les opérations de l'expertise que pour leur comparution comme témoins.

La durée de la vacation dans l'un comme dans l'autre cas est fixée à trois heures et il ne peut être compté par journée que deux vacations de jour et une de nuit.

Le quantum de la vacation varie suivant la ville ou a eu lieu l'expertise.

Les vacations de nuit sont payées moitié en sus de celles de jour.

Les frais de transport ne sont accordés qu'au delà de deux kilomètres de la résidence de l'expert et à raison de 2 fr. 50 le myriamètre parcouru tant à l'aller qu'au retour. Les fractions de 8 ou 9 kilomètres sont comptées pour un myriamètre et celles de 3 à 7 kilomètres pour un demi-myriamètre.

En cas de séjour forcé en cours de route il est accordé une indemnité journalière de 2 francs à la condition d'en faire constater la cause par un certificat du juge de paix ou du maire.

Pour le séjour au lieu de l'instruction, quand ce lieu est situé hors de la résidence de l'expert, il est alloué une indemnité journalière qui varie suivant la ville.

Les experts établiront facilement le montant de leurs honoraires à l'aide du tableau ci-après emprunté à l'ouvrage de M. Mallard, tableau qui contient

[1] Si nous avons pu donner des renseignements très précis sur la question des honoraires, c'est grâce au *Traité de l'expertise* de M. Mallard, auquel nous renvoyons pour plus amples explications.

l'indication du quantum calculé d'après la résidence de l'expert, de la vacation, de la journée, du myriamètre et des frais de séjour.

TARIF DES MÉDECINS EXPERTS EN MATIÈRE CRIMINELLE
(Décret du 18 juin 1811).

EXPERTS	VACATION de 3 heures, pendant l'expertise ou en témoignage.		JOURNÉE	TRANSPORT A PLUS DE 2 KILOMÈTRES — pour 1 myriamètre.	SÉJOUR FORCÉ EN COURS DE ROUTE — par jour.	SÉJOUR AU LIEU DE L'INSTRUCTION hors la résidence — par jour.
	Le jour.	La nuit.				
Paris	5 »	7,50	17,50			
Villes de 40 000 hab. et au-dessus	4 »	6 »	14 »			
Autres villes et communes.	3 »	4,50	10,50			
De toutes résidences				2,50		
De toutes résidences					2 »	
Paris						4 »
Villes de 40 000 hab. et au-dessus						2,50
Autres villes et communes.						2 »

Les opérations de l'expertise (examen et rédaction du rapport) se comptent par journées : Deux, trois, quatre, cinq... journées c'est-à-dire à Paris 35 francs 52 fr. 50, 70 francs, 105 francs...

Les honoraires des médecins experts sont classés dans la catégorie des frais de justice « non réputés urgents ».

Une fois la mission remplie ces frais sont taxés par le magistrat commettant (président, juge d'instruction, etc.) qui a plein pouvoir pour les réduire s'il les trouve exagérés.

Le juge d'instruction remet à l'expert un double de l'ordonnance portant la taxe. En pratique c'est l'expert qui établit ou fait établir ce double sur des imprimés fournis par le juge. Quant aux extraits de jugement et d'arrêt ils ne sont généralement taxés par le président qu'une fois l'affaire jugée ; l'expert doit les réclamer aux greffiers. L'expert fera mieux en déposant l'extrait du jugement ou arrêt qui l'a commis d'y joindre une enveloppe affranchie por-

tant son adresse avec prière au greffier de le lui renvoyer sous cette enveloppe une fois taxé.

Leurs honoraires une fois taxés, les experts, pour les recouvrer sont tenus de fournir un état ou mémoire de leur vacation. Ce mémoire doit, sous peine de rejet, être conforme au modèle arrêté par le Ministre de la Justice et désigné sous la rubrique modèle n° 11 ; il doit être rédigé en double exemplaire, l'un sur papier timbré, l'autre sur papier libre. Il est beaucoup plus simple de se servir d'imprimés conformes au modèle n° 11. Le timbre dû est alors retenu par le receveur de l'enregistrement au moment où il opère le paiement.

Les mémoires doivent être revêtus du réquisitoire du procureur de la République ou du procureur général puis de l'exécutoire du président du Tribunal ou du président de la Chambre de la Cour qui a commis l'expert. Pour l'accomplissement de ces formalités, l'expert se présente successivement aux magistrats du Tribunal ou de la Cour sus-indiqués porteur de deux exemplaires du mémoire et d'un extrait de l'arrêt ou du jugement ou d'une copie de l'ordonnance de commission.

A Paris les experts remettent le mémoire suivant l'autorité judiciaire qui les a commis ; au secrétaire du Parquet du Tribunal ou au greffier de la Cour, qui se chargent de réclamer les signatures nécessaires.

En province le greffier ou un autre employé du Palais s'acquitte habituellement du même soin.

Ces formalités accomplies, un exemplaire du mémoire est retenu au Parquet pour être transmis au Ministre de la Justice, l'autre est rendu à l'expert avec les pièces justificatives (ordonnance, extrait). Muni de ces pièces l'expert peut se faire payer chez le receveur de l'enregistrement établi près le tribunal de qui émane l'exécutoire.

A Paris c'est le receveur de la police correctionnelle dont les bureaux sont installés au palais de justice qui est spécialement chargé de l'acquittement des frais de justice criminelle.

Lorsqu'il y a plusieurs experts le paiement ne peut être fait que sur leur acquit individuel ; mais un des experts peut toucher pour les autres avec l'autorisation écrite de ceux-ci.

La loi accorde aux experts un délai de dix-huit mois à compter de la dernière vacation pour faire taxer et toucher leurs honoraires.

Si par suite d'une circontance tout à fait exceptionnelle il se produisait un retard de plus de dix-huit mois l'expert pourrait encore recouvrer ses honoraires en adressant au garde des sceaux une pétition sur feuille de timbre à 0 fr. 60, dans laquelle il indiquerait la cause du retard et demanderait le relèvement de la déchéance. Il la remettrait ensuite au procureur de la République.

Avance de frais par la partie civile. — Lorsqu'il y a une partie civile dont l'action est jointe à l'action publique cette partie civile est tenue, à

moins de justifier son indigence avant toutes poursuites, de déposer au greffe la somme présumée nécessaire pour les frais de procédure.

Dans ce cas l'expert en déposant son rapport entre les mains du juge d'instruction rédige sur une feuille de papier timbré à 0 fr. 60 une réquisition de taxe pour le montant de ses vacations et débours.

Le juge rend à la suite une ordonnance qui fixe la somme allouée et autorise l'expert à toucher sur le montant de la consignation.

L'expert muni de cette pièce n'a plus qu'à se présenter au greffe correctionnel où le greffier lui verse, contre quittance, la somme ordonnancée.

L'intervention de la partie civile peut se produire à l'audience. Alors au tribunal de la Seine lorsqu'une expertise est ordonnée, l'expert est autorisé à se faire consigner directement le montant de ses frais et honoraires.

2° Affaires civiles. — En principe les experts ne peuvent demander de provision ni exiger le paiement de leurs honoraires avant le dépôt du rapport.

Pour obtenir le recouvrement de leurs honoraires et frais ils dressent à la suite de leur rapport un bordereau contenant l'énonciation :

1° Du nombre des vacations employées tant aux opérations de l'expertise qu'à la rédaction du rapport plus une vacation pour la prestation du serment et une autre pour le dépôt du rapport.

2° Du nombre des transports et des distances parcourues.

3° Les débours et avances parmi lesquels les frais de papier timbré (variable suivant la quantité de feuilles employées), d'enregistrement (3 fr. 75) et de dépôt du rapport (8 fr. 25).

Le tarif des vacations, transports, etc., est le même au civil qu'au criminel.

Au tribunal de la Seine on accepte que les honoraires ne soient pas décomptés en vacations, mais fixés à une somme globale pour les opérations de l'expertise et les frais de transport.

Les honoraires sont taxés au bas de la minute du rapport par le président du tribunal ou de la cour qui a ordonné l'expertise. Les magistrats taxateurs peuvent réduire les honoraires s'ils leur paraissent excessifs.

Les rapports peuvent être taxés à partir du moment où le rapport a été déposé, mais en général ils ne le sont qu'après la solution de l'affaire.

Les experts, les parties et leurs avoués peuvent prendre communication au greffe de la taxe du président.

Aussitôt que le président a taxé, le montant des honoraires devient immédiatement exigible. Afin d'en obtenir paiement les experts s'adressent aux parties ou à leurs avoués. En général ils reçoivent satisfaction sur simple présentation de la quittance mais il peut arriver qu'ils se heurtent à des lenteurs ou même à un refus absolu de paiement ; il ne leur reste plus alors qu'à requérir du greffier du tribunal ou de la cour dépositaire du rapport, la délivrance d'un exécutoire contre les parties qui les ont mis en œuvre.

L'exécutoire est un mandement de payer et à défaut de contraindre avec lequel l'expert peut faire saisir les biens de son débiteur, les faire vendre et se payer sur le prix. L'exécutoire délivré au profit des experts est susceptible

d'opposition. C'est le tribunal qui a ordonné l'expertise qui est compétent pour statuer sur l'opposition. Le jugement qui intervient alors est susceptible d'appel si la somme litigieuse est supérieure à 1 500 francs.

La question de savoir contre quelle partie l'expert doit réclamer l'exécutoire est assez embrouillée. Il y a plusieurs cas à distinguer suivant que l'exécutoire est réclamé en cours d'instance ou après le jugement rendu. On trouvera les renseignements les plus complets et les plus précis sur ce sujet dans le Traité de l'expertise de Mallard ; nous ne saurions les indiquer ici.

Quand un expert a obtenu un exécutoire il le remet entre les mains d'un huissier qui lui indique la marche à suivre suivant les éventualités qui se présentent.

Quand, soit au cours de l'instance, soit après le dépôt du rapport les parties viennent à s'arranger à l'amiable, à transiger, les honoraires sont généralement réglés de même à l'amiable suivant l'importance et la longueur du travail accompli. Si l'expert ne peut pas s'accorder avec les parties il sera dans l'obligation de faire taxer ses honoraires.

Honoraires des experts dans les cas d'assistance judiciaire. — Dans les instances engagées ou poursuivies par des plaideurs admis à l'assistance judiciaire, devant les tribunaux civils, les tribunaux de commerce et les justices de paix, les experts mis en œuvre ont droit comme dans les procès ordinaires à des honoraires décomposés en vacations et le cas échéant à des frais de transport. Dans ce cas les honoraires de l'expert sont payés par le trésor. Le médecin aliéniste est réglé à peu près comme en matière criminelle.

RESPONSABILITÉ DES EXPERTS

Mallard résume ainsi la question de la responsabilité civile :

1° L'expert n'est point responsable des erreurs de faits ou inexactitudes contenus dans son rapport alors surtout que sa bonne foi ne peut être contestée. Mais sa responsabilité serait certainement engagée à raison des fautes lourdes par lui commises dans l'accomplissement de sa mission ;

2° L'expert qui, après avoir prêté serment, ne remplirait pas sa mission pourrait être condamné à des dommages-intérêts et à tous les frais frustratoires notamment à ceux occasionnés par son remplacement ;

3° L'expert qui, après avoir accompli sa mission, apporte du retard dans le dépôt ou refuse de déposer son rapport peut être assigné devant le tribunal qui l'a commis et condamné à des dommages-intérêts proportionnés au préjudice éprouvé par les parties de la cause.

Ajoutons que la responsabilité de l'expert existe non seulement au point de vue civil mais encore au point de vue pénal. Un médecin qui altérerait sciemment la vérité dans son rapport, pour un motif quelconque, se rendrait coupable de faux en écriture authentique, crime puni des travaux forcés à temps.

II. — DE LA CAPACITÉ CIVILE[1]

Appréciation médico-légale de la capacité et des mesures protectrices au point de vue de l'administration de la personne et des biens de l'aliéné : Interdiction, Conseil judiciaire. — Appréciation médico-légale en ce qui concerne la validité des actes : donations et testaments, mariage.

La capacité est la faculté qu'a tout Français majeur, c'est-à-dire âgé de vingt et un ans révolus d'accomplir les actes de la vie civile.

Le droit à l'accomplissement des actes de la vie civile suppose naturellement l'intégrité des facultés intellectuelles; aussi, dans les pays civilisés, l'homme privé de raison est-il, de par la loi, placé dans des conditions spéciales, fait-il l'objet de mesures protectrices.

Interdiction et conseil judiciaire[2]. — L'homme qui a les facultés intellectuelles troublées étant inhabile à administrer sa personne et ses biens notre code civil a prescrit à son égard des mesures protectrices de deux ordres, de deux degrés.

Article 489. — Le majeur qui est dans un état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur, doit être interdit même lorsque cet état présente des intervalles lucides.

Article 499. — En rejetant la demande en interdiction, le tribunal pourra néanmoins, si les circonstances l'exigent, ordonner que le défendeur[3] ne pourra désormais plaider, transiger, emprunter, recevoir un capital mobilier, ni en donner décharge, aliéner ni grever ses biens d'hypothèques, sans l'assistance d'un conseil qui lui sera nommé par le même jugement.

Le code civil distingue donc deux catégories parmi les individus atteints de troubles mentaux : 1° Ceux qui sont tout à fait aliénés et par suite complètement incapables d'administrer leur personne et leurs biens ; 2° Ceux qui tout en ne jouissant pas de la plénitude de leurs facultés mentales ne sont cependant pas entièrement privés de raison.

Aux premiers, elle enlève l'exercice de tout droit civil, elle leur donne un tuteur qui prend soin de leur personne et de leurs biens, elle les frappe d'*interdiction ;* aux seconds elle ne retire qu'une partie de leurs droits civils ; elle leur laisse la liberté d'accomplir certains actes mais ne leur permet pas d'en accomplir certains autres sans se faire assister par un *Conseil judiciaire.*

Imbécillité, démence, fureur : voilà les seuls états auxquels le code civil limite l'interdiction. Cette formule serait, on le conçoit, insuffisante si l'on

[1] Sacaze. De la folie considérée dans ses rapports avec la capacité civile, 1851.

[2] Legrand du Saulle. Étude médico-légale sur l'interdiction des aliénés et sur le Conseil judiciaire, 1881.

[3] La personne dont l'interdiction est demandée.

prenait les trois termes qui la composent dans leur sens étroit; mais, en pratique, on s'accorde aussi bien les magistrats que les médecins à l'étendre à toutes les formes de l'aliénation mentale pourvu toutefois que celle-ci soit *habituelle*. C'est là un point qu'il ne faut pas perdre de vue : le législateur n'a pas voulu appliquer la grave mesure de l'interdiction aux troubles mentaux passagers comme par exemple un accès d'alcoolisme aigu ou subaigu; il n'a pas exigé cependant que l'état d'aliénation mentale soit permanent et continu puisqu'il admet l'interdiction même lorsqu'il existe des intervalles lucides.

État habituel d'aliénation mentale, telle est en somme la cause pour laquelle l'interdiction peut être demandée. Les articles suivants du code civil indiquent :

1° Par quelles personnes et dans quelle forme la demande doit être faite;

2° Dans quelles conditions l'interdiction est poursuivie;

3° Les effets de l'interdiction.

490. — Tout parent est recevable à provoquer l'interdiction de son parent. Il en est de même de l'un des époux à l'égard de l'autre.

491. — Dans le cas de fureur si l'interdiction n'est provoquée ni par l'époux ni par les parents elle doit l'être par le Procureur de la République qui, dans les cas d'imbécillité ou de démence peut aussi la provoquer contre un individu qui n'a ni époux, ni épouse, ni parents connus.

492. — Toute demande en interdiction sera portée devant le Tribunal de première instance.

493. — Les faits d'imbécillité, de démence ou de fureur, seront articulés par écrit. Ceux qui poursuivront l'interdiction présenteront les témoins et les pièces.

494. — Le Tribunal ordonnera que le conseil de famille donne son avis sur l'état de la personne dont l'interdiction est demandée.

495. — Ceux qui auront provoqué l'interdiction ne pourront faire partie du Conseil de famille : cependant l'époux, ou l'épouse, et les enfants de la personne dont l'interdiction sera provoquée, pourront y être admis sans y avoir voix délibérative.

496. — Après avoir reçu l'avis du Conseil de famille, le Tribunal interrogera le défendeur à la Chambre du Conseil : s'il ne peut s'y présenter, il sera interrogé dans sa demeure, par l'un des juges à ce commis, assisté du greffier. Dans tous les cas le Procureur de la République sera présent à l'interrogatoire.

497. — Après le premier interrogatoire, le Tribunal commettra s'il y a lieu, un administrateur provisoire pour prendre soin de la personne et des biens du défendeur.

498. — Le jugement sur une demande en interdiction ne pourra être rendu qu'à l'audience publique, les parties entendues ou appelées.

499. — En rejetant la demande (voir page précédente).

500. — En cas d'appel du jugement rendu en première instance la cour d'appel pourra, si elle le juge nécessaire, interroger de nouveau ou faire interroger par un commissaire la personne dont l'interdiction est demandée.

501. — Tout arrêt ou jugement portant interdiction ou nomination d'un Conseil sera, à la diligence des demandeurs, levé. signifié à partie et inscrit dans les dix jours, sur les tableaux qui doivent être affichés dans la salle de l'auditoire et dans les études des notaires de l'arrondissement.

502. — L'interdiction ou la nomination d'un Conseil aura son effet du jour du jugement. Tous actes passés postérieurement par l'interdit, ou sans l'assistance du Conseil, seront nuls de droit.

503. — Les actes antérieurs à l'interdiction pourront être annulés, si la cause de l'interdiction existait notoirement à l'époque où ces actes ont été faits.

504 — Après la mort d'un individu, les actes par lui faits ne pourront être attaqués pour cause de démence, qu'autant que son interdiction aurait été prononcée ou provoquée avant son décès ; à moins que la preuve de la démence ne résulte de l'acte même qui est attaqué.

505. — S'il n'y a pas d'appel du jugement d'interdiction rendu en première instance, ou s'il est confirmé sur l'appel, il sera pourvu à la nomination d'un tuteur et d'un subrogé-tuteur à l'interdit. L'administrateur provisoire cessera ses fonctions et rendra compte au tuteur s'il ne l'est pas lui-même.

506. — Le mari est de droit le tuteur de sa femme interdite.

507. — La femme pourra être nommée tutrice de son mari. En ce cas le Conseil de famille règlera la forme et les conditions de l'administration, sauf le recours devant les Tribunaux de la part de la femme qui se croirait lésée par l'arrêté de la famille.

508. — Nul, à l'exception des époux, des ascendants ou des descendants, ne sera tenu de conserver la tutelle d'un interdit au delà de dix ans. A l'expiration de ce délai, le tuteur pourra demander et devra obtenir son remplacement.

509. — L'interdit est assimilé au mineur, pour sa personne et pour ses biens : Les lois sur la tutelle des mineurs s'appliqueront à la tutelle des interdits.

510. — Les revenus d'un interdit doivent être essentiellement employés à adoucir son sort et accélérer sa guérison. — Selon les caractères de sa maladie et l'état de sa fortune, le Conseil de famille pourra arrêter qu'il sera traité dans son domicile, ou qu'il sera placé dans une maison de santé, et même dans un hospice.

511. — Lorsqu'il sera question du mariage de l'enfant d'un interdit, la dot, ou l'avancement d'hoirie, et les autres conventions matrimoniales seront réglés par un avis du Conseil de famille, homologué par le tribunal sur les conclusions du Procureur de la République.

512. — L'interdiction cesse avec les causes qui l'ont déterminée ; néanmoins la mainlevée ne sera prononcée qu'en observant les formalités prescrites pour parvenir à l'interdiction, et l'interdit ne pourra reprendre l'exercice de ses droits qu'après le jugement de mainlevée.

La demande en interdiction s'introduit par une requête adressée au Président du tribunal du domicile de la personne qu'il s'agit d'interdire.

Les personnes qui poursuivent l'interdiction doivent articuler par écrit les faits constitutifs de l'état d'aliénation mentale. A cet effet, elles demandent presque toujours à un ou plusieurs médecins un certificat ou une consultation détaillée qu'elles joignent aux autres pièces.

D'autres fois cette consultation est réclamée par le Conseil de famille qui veut s'éclairer avant de donner l'avis qui lui est demandé par le tribunal.

Le tribunal lui-même peut ordonner et ordonne souvent une expertise s'il ne trouve pas, dans les faits articulés les pièces produites et l'interrogatoire, des éléments suffisants pour asseoir son jugement.

Enfin la Cour en cas d'appel du jugement rendu en première instance peut également ordonner une expertise quand le tribunal n'en a pas ordonné ou ordonner une nouvelle expertise lorsqu'il y en a déjà eu une en première instance.

Au cas où la personne dont l'interdiction est demandée se trouve dans un asile d'aliénés, le juge commis se transporte près d'elle. (Art. 496.)

Le tribunal réclame alors généralement un certificat au médecin traitant

et s'en contente surtout quand il s'agit d'un médecin d'un asile public et que d'ailleurs l'interrogatoire lui a révélé l'état d'aliénation mentale.

Qu'il s'agisse d'une consultation demandée par des particuliers ou d'un rapport réclamé par l'autorité judiciaire, le médecin dans la rédaction de cette pièce ne devra pas perdre de vue les points suivants :

Tout d'abord si la loi exige un état habituel d'aliénation mentale elle n'exige nullement que cet état soit incurable puisqu'au contraire elle prévoit implicitement la possibilité de la guérison en disant (article 512) : l'interdiction cesse avec les causes qui l'ont déterminée. Le caractère curable de la maladie ne suffit donc pas à faire écarter l'interdiction, mesure qui n'a rien de définitif, mais qui au contraire cesse avec l'état d'aliénation mentale qui l'a rendue nécessaire.

Le médecin constatera et décrira avec soin l'état habituel de folie et c'est d'après cet état qu'il formulera son opinion, la curabilité ou l'incurabilité de la maladie n'étant qu'un fait accessoire.

S'il parle de la terminaison de la maladie, il ne le fera qu'avec une grande réserve ; tout ce qu'il pourra dire c'est qu'il s'agit d'une maladie généralement curable (manie, mélancolie), ou au contraire le plus souvent incurable (délire de persécution). Il pourra évidemment être plus catégorique dans d'autres cas, par exemple en présence d'une paralysie générale ou d'un ramollissement cérébral.

Il se gardera également d'indiquer d'une façon précise la durée de la maladie même quand la question lui aura été formellement posée, car il ne saurait y avoir de précision en pareille matière. Sur quel signe pourrait-il se baser pour déterminer la durée d'un délire mélancolique et surtout d'une manie aiguë.

Une question un peu plus difficile est celle des intervalles lucides[1]. Le Code en prescrivant que l'interdiction doit être prononcée même lorsque l'état habituel d'aliénation mentale présente des intervalles lucides, n'a eu évidemment en vue que les rémissions plus ou moins marquées qui se produisent dans la plupart des maladies mentales, les intervalles lucides de courte durée ; mais on ne saurait en se basant sur cette disposition appliquer d'emblée la mesure de l'interdiction à une personne en état d'excitation maniaque sous prétexte qu'elle a déjà eu des accès semblables alors que ceux-ci ont été de courte durée et séparés par plusieurs années de lucidité. Nous reparlerons d'ailleurs des intervalles lucides à propos des folies intermittentes au point de vue de la responsabilité.

En raison de la teneur de l'article 503, il y a intérêt pour les juges à être fixés sur l'époque où a débuté la maladie mentale cause d'interdiction. Nous avons à peine besoin de dire avec quelle prudence et quelle réserve le médecin devra donner son avis sur ce point particulier.

Pour la levée de l'interdiction le médecin légiste peut avoir à rédiger une

[1] Régis. Des intervalles lucides dans leurs rapports avec la capacité civile des aliénés. *L'Encéphale*. 1887, p. 150.

consultation ou un rapport dans les mêmes conditions que pour la demande d'interdiction. Il dira dans cette pièce si l'état d'aliénation persiste ou si au contraire il s'est produit une amélioration ou une guérison complète. Il se souviendra qu'un des meilleurs signes de guérison consiste dans ce fait que la personne guérie se rend bien compte qu'elle a éprouvé des troubles mentaux pendant un certain temps.

Si le médecin est invité à se prononcer sur les chances de rechute il se montrera encore très prudent. Pour se faire une opinion il envisagera d'une part la nature même de la maladie et aussi l'existence ou l'absence d'antécédents héréditaires ; les folies héréditaires étant particulièrement sujettes à récidive.

D'après l'article 504, après la mort d'un individu les actes faits par lui ne peuvent être attaqués pour cause de démence, à moins que la preuve de la démence ne résulte de l'acte lui-même qui est attaqué. Il est fait exception à la règle dans le cas où l'interdiction a été prononcée ou seulement provoquée avant la mort de l'individu. Nous avons vu précédemment (p. 1391) que lorsqu'il s'agit d'un acte commis par un aliéné *interné* il n'est pas nécessaire non plus que la preuve de la démence résulte de l'acte lui-même, le législateur ayant pensé que l'internement était une présomption suffisante de la folie de l'individu.

L'article 504 n'est pas applicable aux donations ou testaments : il existe à leur égard une disposition spéciale dans l'article 901. Nous en parlerons plus loin.

Le *Conseil judiciaire* est une personne choisie par le Tribunal pour assister dans de certains actes soit un individu qui n'est pas assez dépourvu de raison pour être interdit (article 499) soit un prodigue (article 513).

Les actes que ne peut accomplir seul un individu pourvu d'un conseil judiciaire sont les suivants : plaider, transiger, emprunter, recevoir un capital-mobilier et en donner décharge, aliéner ni grever ses biens d'hypothèques.

La nomination d'un conseil judiciaire a en somme pour résultat une interdiction partielle, une demi-interdiction. Entre le véritable interdit et le demi-interdit il existe les différences suivantes :

1° L'interdit est frappé d'une incapacité générale ; le demi-interdit, en dehors des actes expressément spécifiés par la loi, a la même capacité que tout majeur.

2° L'interdit n'agit point en personne, c'est son tuteur qui agit en son lieu et place ; le demi-interdit exerce lui-même ses droits n'étant obligé de se faire assister par son Conseil que dans les cas déterminés par la loi.

3° L'effet de l'interdiction s'applique non seulement aux actes postérieurs au jugement qui l'a prononcée, mais encore, nous l'avons vu, aux actes antérieurs à ce jugement. La demi-interdiction au contraire ne s'applique qu'à certains actes à venir et n'a pas d'effet sur les actes antérieurs.

La défense de procéder sans l'assistance d'un conseil peut être provoquée par ceux qui ont droit de demander l'interdiction ; leur demande doit être instruite et jugée de la même manière (article 514).

Le médecin doit conclure à l'interdiction dans les cas suivants : l'idiotie, l'imbécillité, toutes les psychoses passées à l'état chronique, la paralysie générale, toutes les démences confirmées (démence vésanique, alcoolique, épileptique, sénile, etc.). En présence de ces divers états, l'hésitation n'est pas de mise, on a en effet affaire à des aliénés complètement incapables d'administrer leur personne et leurs biens.

Le médecin doit, au contraire, être plus réservé quand il s'agit de psychoses aiguës encore récentes ou de démences incomplètes. Chez des vieillards même très avancés en âge, le jugement et les sentiments affectifs peuvent rester corrects, la volonté demeurer ferme, alors que la mémoire est déjà manifestement affaiblie. Il serait excessif d'interdire de tels vieillards.

La capacité des *aphasiques* est d'une appréciation particulièrement délicate : parmi ces malades, les uns sont déments et par suite incapables, mais d'autres conservent leurs facultés intellectuelles et n'ont par conséquent pas besoin d'être interdits surtout quand, bien que privés de la parole, ils peuvent néanmoins exprimer leur pensée par l'écriture, quand en d'autres termes l'aphémie ne s'accompagne pas d'agraphie.

Le Conseil judiciaire s'applique aux cas d'affaiblissement sénile peu marqué et surtout aux cas de débilité et de déséquilibration mentales pas assez prononcés pour justifier l'interdiction.

Quand le médecin dont on aura demandé l'avis ne sera pas fixé sur la mesure qu'il convient d'appliquer de préférence : interdiction ou au contraire conseil judiciaire, il fera bien de ne pas se prononcer et de déclarer simplement « que la personne soumise à son examen est dans un état mental tel qu'il y a lieu de prendre à son égard des mesures de protection », laissant aux magistrats le choix de cette mesure, comme nous l'avons fait dans le rapport 2. Les magistrats, en effet, en dehors de l'avis du médecin, possèdent pour se décider, des éléments que n'a pas celui-ci, et qui d'ailleurs échappent à son appréciation.

Rappelons que pour l'aliéné interné en dehors de l'interdiction et du conseil judiciaire il existe un autre moyen de protection à savoir, l'*administration provisoire* qui est de droit pour les personnes placées dans les asiles publics et qui peut être demandée pour celles qui sont dans les asiles privés (voy. p. 1393).

Donations et *testaments*[1]. L'article 901 du Code civil est ainsi conçu :

Pour faire une donation entre vifs ou un testament il faut être sain d'esprit.

Dans le cas de donation attaquée, quand le donateur est encore vivant, le rôle du médecin expert se borne à l'examen de ce donateur et à l'appréciation médico-légale, de sa capacité intellectuelle. Mais quand le donateur ou le testateur est décédé, le médecin se trouve en général aux prises avec de grandes difficultés. Il découvre bien parfois dans le testament, l'expression

[1] Voy. Legrand du Saulle. Étude médico-légale sur les testaments contestés pour cause de folie. Paris, 1879.

d'idées délirantes, d'un trouble mental quelconque suffisant pour entraîner sa conviction, parfois aussi l'écriture présente des caractères spéciaux; Mais souvent au contraire l'acte attaqué est de tous points correct. C'est que la disposition de l'article 504 du code civil étant inapplicable en matière de donation et de testament on peut attaquer les donations ou testaments après la mort du donateur ou du testateur, pour cause de démence, quoique son interdiction n'ait été ni prononcée ni provoquée, et que la preuve de la démence ne résulte pas de l'acte attaqué.

Le testament ne contenant aucun indice de trouble mental il ne reste plus au médecin qu'à scruter la vie du testateur : ses antécédents, sa manière d'être habituelle, les modifications qui ont pu se produire à un certain moment dans son caractère et son genre de vie, les maladies dont il a pu être atteint, etc. Ces investigations se font surtout à l'aide des documents recueillis par la justice et aussi des renseignements pris auprès des personnes qui vivaient dans l'intimité du défunt.

Les dispositions testamentaires d'un *suicidé* faites au moment même où il va se donner la mort sont-elles nécessairement nulles? Assurément non. Le suicide peut être la conséquence d'une maladie mentale mais il peut être aussi l'acte d'un homme jouissant de ses facultés intellectuelles. On doit donc pour établir la capacité ou l'incapacité d'un suicidé procéder comme s'il s'agissait de tout autre individu.

Le *sourd-muet* est capable de faire une donation entre vifs, bien qu'il ne sache ni lire ni écrire, si, d'ailleurs, il résulte des circonstances laissées à l'appréciation des juges qu'il a pu exprimer sa volonté. Ainsi en a décidé la Cour de cassation le 30 janvier 1844.

Nous avons vu (page 1391) que l'aliéné, même interné dans un asile, peut contracter mariage et que si l'on veut faire annuler son mariage il faut prouver qu'il n'a pu donner son consentement libre et conscient par suite du trouble de ses facultés. La preuve se fait le plus souvent à l'aide d'un avis médical. Le rôle du médecin dans ce cas sera le même que dans tous ceux où il s'agit d'apprécier la validité des actes.

Quelquefois il s'agit de *mariage in extremis,* c'est-à-dire contracté à *une époque voisine de la mort.* La question qui se pose alors comme d'ailleurs pour le testament et les donations faits dans de pareilles circonstances est de savoir jusqu'à quel point l'approche de la mort avait pu troubler les facultés intellectuelles du malade. Il est impossible de répondre à cette question d'une façon générale, l'état mental des moribonds variant suivant la maladie au terme de laquelle ils arrivent, suivant la forme de l'agonie.

RAPPORT 1. — DEMANDE EN INTERDICTION. — ADMISSION

Démence sénile. — Incapacité complète d'administrer sa personne et ses biens. Interdiction.

Mme C... présente tous les signes de la démence sénile. Sa mémoire est très affaiblie : elle est incapable d'indiquer la date de sa naissance ; pour ce

qui est de son âge elle déclare tout d'abord qu'elle est très vieille, sans pouvoir préciser le nombre des années ; puis elle accuse quatre-vingt-deux ans, enfin, son âge exact, quatre-vingt-douze ans. Elle ne se rappelle pas du tout les dates de ses deux mariages, ni l'époque à laquelle elle est venue dans la maison où elle se trouve actuellement. Enfin elle ne connaît ni le jour, ni le mois, ni l'année. Elle présente quelques idées de persécution, comme on en observe souvent chez les séniles ; elle se plaint de son fils qui ne se conduit pas bien, des personnes de son entourage qui ne la soignent pas comme elles devraient ; elle prétend même qu'on la bat et qu'elle est couverte de contusions ; en réalité elle ne présente pas trace de coups, mais seulement des rousseurs de la peau. Questionnée sur sa situation de fortune elle est incapable de me donner le moindre renseignement sur ce qu'elle a pu posséder autrefois et possède encore aujourd'hui. Voici le résumé de mon interrogatoire sur ce point ; il est très démonstratif.

D. — Vous avez de la fortune ?

R. — Oui Monsieur.

D. — Où est-elle ?

R. — A la mairie.

D. — Quelle mairie ?

R. — La mairie d'ici.

D. — Où ici ?

R. — (Après hésitation). Eh bien ! la mairie d'ici, la mairie de Charenton.

D. — Entre les mains de qui avez-vous déposé cette fortune ?

R. — Je ne sais pas.

D. — Avez-vous un reçu ?

R. — On ne m'en a pas donné.

D. — A quelle époque avez-vous déposé votre fortune ?

R. — Je ne me rappelle pas.

D. — A combien s'élevait votre fortune ?

R. — A six mille francs de rente, puis après réflexion, six mille francs en tout.

D. — De capital alors ?

R. — Oui de capital. — Non ! de rentes.

D. — De quoi se composait votre fortune, était-ce des valeurs, de l'argent ?

R. — De l'argent.

D. — Alors c'est de l'argent que vous avez déposé ?

R. — Non, des papiers.

Puis Mme C... entre dans des explications tout à fait confuses desquelles il semblerait résulter que ses papiers ont été brûlés à la mairie ; elle revient à diverses reprises sur ce sujet, mais il est impossible de comprendre quoi que ce soit à ce qu'elle dit. Elle sait qu'on paie pour elle trois cents francs de pension par mois et elle suppose que c'est avec sa fortune placée à la mairie.

En somme Mme C... n'a pas la moindre idée de sa situation de fortune ; elle déclare bien avoir six mille francs déposés à un endroit qu'elle appelle

la mairie, mais elle ne sait pas au juste si c'est six mille francs de rente ou six mille francs de capital.

Quelque sujet que l'on aborde avec Mme C... il est impossible d'obtenir des réponses correctes. Le seul point sur lequel elle émette quelques idées justes, c'est son second mariage ; elle reconnaît qu'elle a eu tort d'épouser un homme beaucoup plus jeune qu'elle.

Mme C... présente en somme un affaiblissement très marqué des facultés intellectuelles et de la mémoire, une grande incohérence dans les idées. Cet état, dû à l'âge avancé de Mme C..., ne saurait se modifier, il est définitif, il la met dans l'impossibilité absolue d'administrer sa personne et ses biens.

Conclusions. — Mme C... est dans un état habituel de démence (démence sénile), c'est-à-dire dans les conditions requises par l'article 489 du Code civil pour être interdite.

Mme C... a été interdite.

RAPPORT 2. — DEMANDE EN INTERDICTION. — REJET. — CONSEIL JUDICIAIRE

Antécédents héréditaires très chargés. — Jeune homme indolent, paresseux, taciturne, faible de caractère, manquant de volonté. — Liaison avec une actrice. — Dépenses exagérées. — Dettes. — Signature en blanc à des usuriers. — Faux. — Arrestation. — Non-lieu sur rapport médico-légal. — Interdiction réclamée par la famille et par le prodigue lui-même. — Avis favorable du Conseil de famille. — Consultation médicale de MM. Motet, Ballet, Vallon concluant à une débilité plus de la volonté que de l'intelligence, débilité nécessitant des mesures de protection. — Rejet. — Conseil judiciaire.

M. X... est fils et frère d'aliénés. M. X... père, homme très distingué, sorti premier de l'École Centrale, exerçait la profession d'ingénieur civil ; vers l'âge de quarante-cinq ans, il commença à donner des signes de dérangement intellectuel et, en 1875, il fallut l'interner dans la maison de santé du Dr Blanche ; il y resta plus de deux ans, présentant tous les symptômes de la paralysie générale des aliénés et y mourut en juillet 1877, à la suite d'attaques épileptiformes.

M. X... a laissé trois enfants, trois fils ; l'aîné est celui qui fait l'objet de la demande d'interdiction ; le second, âgé de vingt-trois ans, est interné à l'asile public d'aliénés de Clermont (Oise) depuis plusieurs années : c'est un épileptique imbécile ; le troisième, enfin, serait atteint de danse de Saint-Guy ou chorée, si bien qu'il a été exempté du service militaire.

Les antécédents héréditaires de X... sont, on le voit, très chargés.

D'après les renseignements qui nous ont été donnés par la famille, le jeune X... se serait montré toute sa vie particulièrement mou, indolent et paresseux. Habituellement sombre et taciturne, étant enfant, il avait parfois des accès de violente colère.

En novembre 1890, X... noue des relations avec une artiste, Mlle A... ; pour subvenir à ses besoins, il vend des valeurs et la nue-propriété de valeurs provenant des successions de son père et de son grand-père. Très épris de sa maîtresse et voulant vivre complètement avec elle, il quitte sa famille en

août 1891 ; à partir de ce moment il fait des dettes de tous côtés et tombe entre les mains des usuriers ; il donne en blanc sa signature en échange de sommes dérisoires ; il fait enfin une quantité de valeurs portant des acceptations fausses de la maison K... et Cie (M. K... est son beau-père, le second mari de sa mère). Des tiers porteurs de ces valeurs en ayant demandé le paiement, le gérant de la maison K... et Cie le refuse ; un de ces tiers porteurs lance alors une assignation devant le Tribunal de Commerce, qui renvoie les parties à se pourvoir, les valeurs ayant été régulièrement déclarées fausses.

Pour éviter une arrestation, la famille de X... l'envoie en Espagne, mais au bout de quelques jours il revient à Paris ; menacé de nouveau d'arrestation, il refuse de partir et est définitivement incarcéré le 17 novembre 1892.

Le 7 janvier, sur la demande de la famille, M. Espinas, juge d'instruction, commet l'un de nous (M. Vallon) pour constater son état mental. Le 3 mars, M. Vallon dépose un rapport se terminant par les conclusions suivantes :

« M. X... n'est atteint, au moins actuellement, d'aucune maladie mentale caractérisée, il ne peut donc être considéré comme un homme inconscient de ses actes.

Toutefois, d'une part, il appartient à une famille de fous, d'autre part, dans les actes dont il est inculpé, il a fait preuve de bien peu de raison, on ne saurait le méconnaître : ces deux faits ne doivent pas être perdus de vue dans l'appréciation de la responsabilité de l'inculpé ; ils sont de nature à lui concilier l'indulgence de la Justice (3 mars 1893). »

Très affligé de n'avoir pas obtenu un non-lieu, sur lequel il comptait, très tourmenté à l'idée de comparaître aux Assises et de se voir condamner, X... tombe malade et M. le Dr de Beauvais, médecin de Mazas, le met en observation, à l'infirmerie. Enfin, le 25 avril 1893, un arrêt de non-lieu est prononcé en sa faveur et il quitte la prison pour aller dans la maison de santé de Suresnes.

Aujourd'hui, ses deux grand'mères paternelle et maternelle demandent son interdiction, le conseil de famille a conclu à l'unanimité à l'interdiction.

X... se plaint d'un état de faiblesse et de prostration générale ; il accuse de l'insomnie, des céphalalgies opiniâtres, des troubles de la vue, notamment de la diplopie ; il est incapable de tout effort intellectuel, il ne peut fixer fortement son attention sur aucun sujet, la lecture même des romans les plus intéressants le fatigue bien vite ; en un mot il se sent harassé physiquement et intellectuellement. Il est certain que depuis quelques mois un changement paraît s'être produit dans son état ; il n'a plus la même vivacité intellectuelle qu'on remarquait chez lui au moment où l'un de nous l'a vu à Mazas ; les longs mois de prison, la série des émotions éprouvées semblent n'avoir pas été sans exercer une influence fâcheuse sur le cerveau de cet héréditaire.

Interrogé sur les faits qui l'ont amené devant la Justice, X... reconnaît que sa conduite a été déplorable et se contente de plaider, pour ainsi dire, les circonstances atténuantes. « Il est très sentimental, dit-il, et se faisait des illusions sur Mlle A. ; en laissant tout pour elle : famille et situation, il pensait

se l'attacher complètement. Quant aux faux, il les a commis sous la pression des usuriers : ils lui ont dit de signer les valeurs du nom de K... et il les a signées ; il entrevoyait qu'il faisait une sottise ; mais il s'est laissé aller sans plus réfléchir et sans penser aux conséquences que cela pouvait avoir. Entouré d'une bande de viveurs et d'hommes d'affaires il lui était bien difficile de résister avec son caractère faible et son peu de volonté. Il se rend très bien compte que souvent il ne sait pas vouloir, au point qu'en présence d'une personne ferme et résolue il est mal à l'aise, il se sent dans un état d'infériorité. Il a reçu une dure leçon, il espère bien qu'il ne fera plus de sottises, et cependant il n'est pas sûr de lui ; il demande qu'on lui vienne en aide. La vie lui paraît ennuyeuse et lourde à porter ; il réclame un soutien, et chose rare, il insiste pour qu'on donne suite à la demande d'interdiction formée par sa famille. »

S'il n'est pas douteux pour nous que la mesure de l'interdiction réclamée par toute la famille de X... et par X... lui-même, aurait l'avantage de le protéger efficacement contre ses propres entraînements, et serait, à ce point de vue, supérieure à toute autre, nous devons cependant faire remarquer que l'état de X... ne répond pas absolument aux termes un peu étroits de l'article 489 du Code civil. En effet il n'est pas dans un état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur. Ce qui est atteint chez lui, c'est moins l'intelligence que la volonté : il ne délire pas, il raisonne convenablement, il n'a pas, à proprement parler, de débilité mentale, mais la volonté chez lui est très faible, ainsi que cela se voit souvent chez les individus prédisposés par l'hérédité. La volonté a, comme on l'a dit, ses idiots et ses génies avec tous les degrés possibles d'un extrême à l'autre ; X... est, lui, un débile de la volonté ; il a besoin pour se diriger sainement qu'une autre volonté se substitue à la sienne ; il a besoin d'être protégé contre lui-même. C'est aux magistrats qu'il appartient de juger, dans leur sagesse, les limites qu'il faut donner à cette protection.

III. — DE LA RESPONSABILITÉ LÉGALE

Irresponsabilité. — Responsabilité atténuée. — Il n'y a pas de responsabilité partielle pour les aliénés. — Maladies mentales entraînant invariablement l'irresponsabilité. — Maladies mentales dans lesquelles la responsabilité varie suivant le malade et chez le même malade suivant les moments. — Des crimes et délits commis par les aliénés. — Appréciation médico-légale de la responsabilité dans les principales variétés d'aliénation mentale.

L'homme jouit-il de son libre arbitre, autrement dit est-il libre de ses déterminations ou au contraire sa volonté n'est-elle que la résultante fatale de son organisation et des circonstances ? Cette question a donné lieu à d'interminables controverses ; nous n'avons pas à la discuter. En effet, la base de toutes les législations est que l'homme est obligé de répondre des infractions qu'il commet, en d'autres termes qu'il est responsable : le principe de la responsabilité implique évidemment le principe de la liberté morale.

L'article 1er du code pénal définit ainsi les diverses infractions :

L'infraction que les lois punissent des peines de police est une *contravention.*
L'infraction que les lois punissent de peines correctionnelles est un *délit.*
L'infraction que les lois punissent d'une peine afflictive ou infamante est un *crime.*

Les articles 6, 7, 8, 9 et 464 spécifient les diverses catégories de peines.

Les peines de police sont : l'emprisonnement (de 1 à 15 jours) ; l'amende (15 fr. et au-dessous), et la confiscation de certains objets saisis.

Les peines correctionnelles sont :

1° L'emprisonnement à temps ;
2° L'interdiction à temps de certains droits civiques, civils ou de famille ;
3° L'amende.

Les peines en matière criminelle sont ou afflictives et infamantes ou seulement infamantes.

Les peines afflictives et infamantes sont :

1° La mort ;
2° Les travaux forcés à perpétuité ;
3° La déportation ;
4° Les travaux forcés à temps ;
5° La détention ;
6° La réclusion.

Les peines infamantes sont :

1° Le bannissement ; la dégradation civique.

Les contraventions sont jugées par le juge de paix, les délits par les tribunaux correctionnels, les crimes par les Cours d'assises.

L'article 64 du Code pénal dit :

Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister.

On s'accorde à reconnaître que le mot démence n'est pas pris ici dans le sens restreint qu'il a en pathologie mentale, mais comme synonyme d'aliénation mentale.

Le médecin seul a la compétence nécessaire pour reconnaître si un individu est ou n'est pas aliéné : pour diagnostiquer une maladie mentale, une maladie du cerveau, comme pour diagnostiquer une maladie d'un autre organe, il faut des connaissances spéciales que seul possède le médecin. C'est là un point qui n'est plus sérieusement discuté aujourd'hui. On ne croit plus qu'il suffit d'un jugement sain pour reconnaître si un individu est aliéné, ou au contraire jouit de l'intégrité de ses facultés mentales. Aussi les magistrats font-ils souvent appel aux lumières spéciales des médecins aliénistes pour les éclairer dans les questions de responsabilité ; mais ils sont les appréciateurs souverains de l'opportunité de cette mesure, la loi ne leur en fait pas une obligation.

Si un médecin professait l'opinion, contraire au principe de la loi, que l'homme ne jouit jamais de son libre arbitre, qu'il est aliéné par cela seul

qu'il a commis un crime ou un délit, il devrait afin de rester logique avec lui-même refuser toute expertise ayant pour but d'établir la responsabilité ou l'irresponsabilité d'un prévenu.

Responsabilité atténuée. — Le code oppose donc à la responsabilité des hommes sains d'esprit l'irresponsabilité des aliénés. Mais entre l'intégrité des facultés intellectuelles et l'aliénation mentale complète, il y a des degrés presque infinis ; il est donc de toute logique d'admettre également des degrés entre la responsabilité complète et l'irresponsabilité.

Cette manière d'apprécier la responsabilité légale, tout à fait conforme aux données de la science, n'est pas en opposition avec l'esprit de la loi, tout au contraire. Nous avons vu en effet dans le paragraphe précédent qu'au point de vue de la capacité le Code civil admet deux sortes d'anormaux, ceux qui sont complètement incapables et pour lesquels il prescrit la mesure de l'interdiction, ceux qui ne sont pas complètement incapables et auxquels il se contente de donner un conseil judiciaire. De même il est des inculpés qui tout en n'étant pas aliénés et par suite irresponsables, présentent un état mental particulier dont il est juste de tenir compte dans l'appréciation de leur responsabilité.

Suivant la juste remarque de M. Vibert[1] « on peut dire, qu'un acte commis par un individu quelconque est le résultat, d'une part d'incitations extérieures, et d'autre part de la façon dont ces incitations sont perçues et dont elles réagissent sur la volonté. La loi tient compte dans certains cas, pour atténuer ou supprimer la peine, de la nature des incitations extérieures qui ont poussé un individu à commettre un acte criminel; mais le second facteur de la détermination, l'élément psychique de l'acte lui échappe. »

Un exemple pour fixer les idées ; l'article 321 du Code pénal est ainsi conçu :

Le meurtre ainsi que les blessures et les coups sont excusables, s'ils ont été provoqués par des coups ou violences graves envers les personnes.

Et l'article 326 indique les réductions de peine qu'il y aura lieu d'admettre lorsque le fait d'excuse sera prouvé.

Voilà donc la provocation grave admise comme une circonstance atténuante quelque soit l'individu provoqué, quelle que soit sa nature psychique. Supposons maintenant le cas d'une provocation légère, par exemple de menaces, adressée non plus à un individu normal mais à un individu qui sans être aliéné, présente une émotivité, une irritabilité pathologiques le rendant plus sensible qu'un autre aux excitations venues du dehors, tel un neurasthénique[2]. Bien certainement si ce malade provoqué par de simples injures vient à commettre un meurtre, à faire des blessures ou à donner des coups, il sera excusable comme l'individu normal qui a commis ces mêmes actes sous

[1] Ch. Vibert. Précis de médecine légale. Paris, 4e édition, p. 656.
[2] Voy. p. 1494, Rap. 9.

l'influence de coups, de violences graves. En effet, l'acte incriminé étan en somme comme toujours le résultat de deux facteurs : l'incitation venue du dehors, l'organisme vivant qui la reçoit ; si la violence de l'incitation est une circonstance atténuante, logiquement l'excitabilité anormale doit être également une circonstance atténuante. Dans un cas l'excuse est une cause externe, dans l'autre un état maladif du coupable.

L'exemple que nous venons de citer pourrait être suivi de bien d'autres ; en effet, en dehors de l'aliénation mentale qui supprime toute responsabilité, nombreux sont les troubles de la santé cérébrale, les insuffisances intellectuelles de nature à constituer une excuse, une circonstance atténuante en d'autres termes à atténuer la responsabilité d'un délinquant ou d'un criminel. Plusieurs de nos rapports ont pour objet des faits de ce genre.

Si les magistrats ont seuls qualité pour apprécier ce qui dans un acte incriminé peut constituer une circonstance atténuante ou au contraire une circonstance aggravante, les médecins aliénistes seuls possèdent les connaissances nécessaires pour diagnostiquer s'il n'existe pas chez le coupable des troubles de la santé de nature à lui concilier l'indulgence de la justice, à atténuer sa responsabilité.

Un diagnostic à établir, telle est en somme la tâche principale du médecin ; il serait même à désirer que ce fut là toute sa tâche, qu'il se bornât à déclarer si l'inculpé soumis à son examen est aliéné ou non normal ou au contraire présentant des anomalies au point de vue cérébral ; mais les magistrats lui posent toujours la question de responsabilité ; il faut donc bien qu'il y réponde. Au surplus, en parlant de responsabilité, il ne fait pour ainsi dire que traduire en langage juridique une appréciation médicale, il ne saurait donc raisonnablement opposer un refus à la demande que lui adresse l'autorité judiciaire.

Sa réponse dans le cas d'intégrité des facultés mentales ou au contraire d'aliénation mentale complète pourra se formuler dans des conclusions du genre de celles-ci :

X... n'est pas atteint d'aliénation mentale et par conséquent doit rendre compte de ses actes à la justice, ou doit être considéré comme responsable de l'acte dont il est inculpé.

X... est atteint d'aliénation mentale et ne saurait par conséquent être considéré comme responsable de l'acte qui lui est reproché. Mais il y a lieu de le mettre à la disposition de l'autorité administrative à fin de placement dans un asile d'aliénés.

Dans le cas où l'inculpé sans être aliéné présentera cependant dans son état cérébral des particularités de nature à excuser dans une certaine mesure l'acte incriminé, le médecin après avoir déclaré dans une première conclusion qu'il n'est pas aliéné et par suite doit être considéré comme responsable ajoutera dans une seconde conclusion :

Toutefois il existe chez lui un certain degré de débilité mentale (ou telle autre particularité) qui est de nature à lui concilier l'indulgence de la justice ou à atténuer sa responsabilité.

Il n'est pas possible d'indiquer mathématiquement la mesure de l'atténuation, mais on peut employer des expressions de ce genre :

Atténuer sa responsabilité dans une certaine mesure — dans une large mesure — dans une très large mesure — dans une mesure qu'il appartient aux magistrats de fixer — dans une mesure, dont les magistrats dans leur sagesse sauront fixer l'étendue. Les juges en effet, en dehors du rapport du médecin peuvent avoir des éléments d'appréciation inconnus de celui-ci et de nature à les inciter à l'indulgence ou au contraire à la sévérité.

Le médecin chargé d'examiner une personne au point de vue mental doit, cela va sans dire, relever toutes les maladies dont cette personne peut être atteinte, anémie, tuberculose, etc., et les signaler comme étant de nature à lui concilier une certaine indulgence.

La responsabilité atténuée telle que nous la comprenons, telle que nous l'avons expliquée ne doit pas être confondue avec ce qu'on a appelé la responsabilité partielle des aliénés et dont nous allons maintenant parler.

Responsabilité partielle. — Des jurisconsultes et des médecins, entre autres Legrand du Saulle [1], ont admis chez certains aliénés une responsabilité partielle. D'après cette théorie les aliénés atteints de délire partiel devraient être considérés comme responsables des actes n'ayant pas de rapport avec leur délire et même des actes accomplis sous l'influence de leurs idées délirantes quand ils seraient supposés avoir pu résister à l'entraînement de ces idées.

Jules Falret [2] a énergiquement et victorieusement combattu cette théorie qui repose sur la doctrine de la monomanie, c'est-à-dire, d'une maladie dont l'existence n'est plus admise aujourd'hui en pathologie mentale. « Si le médecin expert, dit J. Falret, arrive à constater l'état de folie du sujet confié à son examen, quels que soient la forme ou le degré de cette folie, quelque apparence de raison et de liberté morale que cet individu ait conservée, il doit être considéré comme irresponsable. On doit admettre qu'il a ét entraîné malgré lui, que, chez lui, les forces de résistance étaient insuffisantes pour lutter avec avantage contre l'entraînement des impulsions maladives, en un mot, qu'il n'est pas coupable, qu'il n'était pas libre, et l'on doit l'absoudre comme malade. En dehors de ce critérium net et positif, on ne peut rencontrer dans la médecine légale que contradictions, obstacles insurmontables et situations insolubles. Si l'on admet, par exemple, que certains aliénés ont un délire assez limité, assez nettement circonscrit, pour qu'il soit facile de discerner si un acte accompli par eux est, oui ou non, compris dans la sphère de leur délire, ne voit-on pas immédiatement qu'il sera impossible de fixer une limite à cette extension du libre arbitre ou de la responsabilité partielle chez les aliénés ? Qui pourra affirmer que le même individu, supposé

[1] Voy. *Ann. méd. Psych.* Année 1862, Comptes rendus de la Société médico-psychologique.

[2] Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales (Dechambre), t. 82, article Respon sabilité légale des aliénés.

libre dans un moment donné, le sera également dans un autre instant ? Qui pourra mesurer les degrés divers d'intensité de la maladie, selon que le malade sera dans une rémission ou dans un paroxysme ? Qui peut être certain de la limite exacte où s'arrête dans l'intelligence ce délire prétendu partiel, restreint à une seule idée ou à une seule série d'idées ? Qui peut assurer que l'acte incriminé n'a pas été le produit indirect et détourné de cette situation maladive ? Quel est le médecin qui, ayant jugé un jour qu'un acte a été indépendant du délire, ne serait pas exposé à s'apercevoir plus tard qu'il s'était trompé, que cet acte avait été réellement le point de départ indirect des conceptions délirantes, et qui ne serait pas ainsi obligé de rectifier le lendemain, à la suite d'une observation plus attentive, le jugement trop précipité de la veille ».

Si M. Falret n'admet pas pour les aliénés la responsabilité partielle, c'est-à-dire portant sur certains faits et non sur certains autres *dans le même moment,* il l'admet au contraire *dans des moments différents.* Il proclame que par exemple on peut admettre leur responsabilité incomplète ou atténuée dans les périodes de rémission ou de convalescence. Il admet aussi que la question de la responsabilité complète ou incomplète peut être discutée dans certains états de trouble mental, en dehors de la folie proprement dite, comme la démence apoplectique et l'aphasie, l'hystérie, l'épilepsie, l'alcoolisme, la faiblesse d'esprit native. « C'est, écrit-il, sur ce terrain restreint, étranger à l'aliénation mentale ou à la folie confirmée que nous admettons la *responsabilité partielle ou atténuée* ».

M. Falret, on le voit, admet pour tous les cas d'aliénation mentale confirmée ou nettement caractérisée l'irresponsabilité absolue, et pour les états mixtes intermédiaires, entre la raison et la folie une responsabilité qu'il qualifie indistinctement de *partielle, incomplète* ou *atténuée.*

Nous sommes absolument d'accord avec M. Falret sur le genre, le degré de responsabilité qu'il convient d'attribuer aux états mixtes, mais nous estimons que l'on doit donner à cette responsabilité le qualificatif d'incomplète et mieux d'atténuée à l'exclusion du qualificatif partielle. L'expression responsabilité partielle des aliénés a un sens précis, elle veut dire responsabilité portant sur certains faits et non sur certains autres, elle représente toute une théorie. M. Falret a eu raison de renverser cette théorie, il a eu tort de conserver le nom qui sert à la désigner et le détournant de sa signification d'en faire le synonyme des expressions responsabilité incomplète, responsabilité atténuée qui veulent dire tout autre chose. Il peut y avoir là sujet à confusion ; pour l'éviter, l'expression responsabilité partielle doit, à notre avis, disparaître définitivement de la médecine légale des aliénés comme la théorie qu'elle représente.

Si l'aliénation mentale confirmée entraîne invariablement l'irresponsabilité, les états mixtes ont au contraire, au point de vue de la responsabilité, des conséquences variables. Tous les maniaques chroniques sont en tout temps irresponsables de tous leurs actes, mais tous les épileptiques ne sont pas identiques au point de vue de la responsabilité, et chez un même épilep-

tique la responsabilité varie suivant les moments et les circonstances. Il est des épileptiques ayant des crises très fréquentes et des troubles mentaux graves ; il en est d'autres qui ont des crises rares et peu ou pas de troubles intellectuels ; la responsabilité des premiers ne saurait être, d'une façon générale, la même que celle des seconds. Chez un même épileptique, la responsabilité varie suivant qu'il est sous l'influence d'une crise ou au contraire dans une période intercalaire ; frappant sous l'influence d'une impulsion irrésistible inconsciente il est irresponsable ; frappant volontairement il peut simplement avoir droit à une atténuation de sa responsabilité en raison de l'irritabilité pathologique habituelle dans l'épilepsie ; enfin coupable d'un vol réfléchi, accompli avec prudence et habileté il peut très bien être considéré comme responsable.

On voit par ce dernier exemple que la nature de l'acte incriminé — toujours en dehors de l'état d'aliénation mentale caractérisée — peut entrer en ligne de compte dans l'appréciation de la responsabilité. Les magistrats ne considèrent que le crime ou le délit, les médecins ont pour mission d'apprécier l'état mental du criminel ou délinquant, mais ils doivent aussi examiner l'acte incriminé et voir s'il présente ou non un caractère pathologique.

Une femme atteinte d'hystérie grave commet un acte dénotant l'irréflexion ; on peut légitimement invoquer la maladie dont elle est atteinte comme une cause d'irresponsabilité ou d'atténuation de sa responsabilité ; mais un hystérique caissier dans une maison de commerce commet une série de vols pendant des années, vols qu'il masque habilement par de fausses écritures, il ne saurait pour de pareils actes être déclaré irresponsable.

Il y a donc des états mentaux entraînant toujours et invariablement l'irresponsabilité, il y en a d'autres dans lesquels la responsabilité varie suivant les individus et chez le même individu suivant les moments et les circonstances.

Pour résumer la question de la responsabilité légale des aliénés nous dirons :

Quand l'individu soumis à l'examen médical était sain d'esprit au moment où il a accompli l'acte qui lui est reproché, il doit être déclaré responsable ; s'il était aliéné, il doit être déclaré irresponsable et envoyé ensuite dans une maison d'aliénés s'il est dangereux. Si sans être aliéné il présente de l'insuffisance des facultés intellectuelles, une maladie nerveuse, etc., il y a lieu de déclarer que sa responsabilité est atténuée.

La folie qui n'existait pas au moment de l'acte peut éclater plus tard, soit pendant l'instruction soit au moment des débats. L'expert devra rechercher avec soin si la maladie mentale pour n'être pas manifeste au temps de l'acte n'en existait pas moins déjà. S'il déclare que l'inculpé était déjà malade, celui-ci bénéficie d'une ordonnance de non-lieu du juge d'instruction, ou est acquitté par le tribunal correctionnel et envoyé dans un asile d'aliénés. Quelquefois en pareille occurence il s'agit d'un court accès d'alcoolisme provoqué par la suppression brusque de toute boisson alcoolique du fait de l'emprisonnement, accès qui ne saurait faire conclure à l'irresponsabilité.

Dans ce cas les poursuites sont simplement suspendues jusqu'après la guérison. Lorsque l'expertise est ordonnée par la cour d'assises, c'est le jury qui, après la déposition du médecin expert, se prononce sur la question de savoir si l'aliénation mentale existait au moment du crime. Nous avons vu[1] que lorsqu'un condamné devient aliéné, il est suivant le cas envoyé dans un asile d'aliénés ou à l'asile spécial de Gaillon.

Crimes et délits commis par les aliénés. — Tous les crimes et tous les délits peuvent se rencontrer dans chacune des formes de l'aliénation mentale, on n'admet plus aujourd'hui de monomanie homicide, de monomanie suicide, etc.

Parfois les crimes et les délits commis sous l'influence de l'aliénation mentale portent en eux-mêmes le cachet de la folie, comme la signature de leur auteur, tels par exemple les homicides commis au cours d'une impulsion épileptique, tels ces vols niais et ridicules accomplis par des paralytiques généraux : mais souvent rien de prime-abord ne trahit la nature pathologique de l'acte incriminé. Beaucoup d'aliénés, on le sait, agissent avec préméditation et réflexion, comme les persécutés, beaucoup sont mus par de ces mobiles qui guident la conduite des gens normaux : jalousie, haine, vengeance ; et ils n'en sont pas moins aliénés. Le médecin doit toujours examiner soigneusement l'acte incriminé dans les circonstances qui l'ont précédé, accompagné et suivi. Souvent il y trouvera d'importants éléments d'appréciation. Nous dirons plus loin quels sont les crimes et les délits qu'on observe le plus fréquemment dans chaque variété d'aliénation mentale.

La responsabilité légale des aliénés, les crimes et délits commis par eux ayant été étudiés à un point de vue général, nous allons maintenant les envisager dans chacune des principales variétés d'aliénation mentale.

DES CRIMES ET DÉLITS ET DE L'APPRÉCIATION MÉDICO-LÉGALE DE LA RESPONSABILITÉ DANS LES PRINCIPALES VARIÉTÉS D'ALIÉNATION MENTALE

Psychoses.

Toutes les psychoses confirmées entraînent l'irresponsabilité de celui qui en est atteint.

Manie. — La manie est de toutes les maladies mentales celle qui donne le plus rarement lieu à une expertise médico-légale, car d'une part, les crimes et délits y sont très rares, et d'autre part le maniaque avec ses manifestations bruyantes apparaît aux yeux de tous comme un aliéné, aussi quand

[1] Page 1411.

il vient à commettre des infractions le dirige-t-on directement sur l'asile d'aliénés.

Mélancolie. — Dans la mélancolie on observe surtout le suicide, quelquefois l'homicide. Quand le mélancolique tue, c'est généralement pour empêcher sa victime de souffrir ; c'est ainsi qu'on voit des mères mettre leurs enfants à mort pour leur éviter les douleurs et les chagrins de la vie, puis se suicider. Le mélancolique religieux est particulièrement dangereux, il frappe souvent sous l'empire d'une hallucination de l'ouïe.

Folie à double forme. — La phase maniaque et la phase mélancolique sont passibles respectivement des mêmes remarques que la manie et la mélancolie. Dans la phase maniaque, il y a fréquemment un érotisme très prononcé qui peut donner lieu à des outrages et même à des attentats à la pudeur. Lorsque l'intermittence, c'est-à-dire la phase intermédiaire à l'accès mélancolique et à l'accès maniaque est longue, elle peut être considérée comme un intervalle lucide.

Hypochondrie. — Les hypochondriaques sont surtout dangereux pour les médecins et chirurgiens qu'ils accusent de les avoir mal soignés, d'avoir aggravé leur maladie et qu'ils poursuivent devant les tribunaux quand ils ne se livrent pas sur eux à des violences.

Délire de persécution. — Les violences contre les personnes sont pour ainsi dire la conséquence logique, fatale, de cette maladie mentale. Le persécuté, qu'il appartienne à la variété des hallucinés ou à celle des raisonnants, est un aliéné essentiellement dangereux. L'halluciné, en passant dans la rue, entend une insulte, il frappe la personne qui se trouve auprès de lui à ce moment croyant que c'est elle qui l'a injurié. Le raisonnant qui est souvent un processif s'en prend à toutes les personnes avec lesquelles il a affaire. Halluciné et raisonnant cherchent à tuer la personne qu'ils considèrent comme leur persécuteur.

Ce sont les persécutés raisonnants qui se livrent à des attentats contre les personnages politiques pour attirer sur eux l'attention du public. Avec la logique de leurs propos ils en imposent pour la raison si bien qu'il est parfois difficile de les faire considérer comme aliénés par le public et même les magistrats. C'est pour eux qu'on crie à la séquestration arbitraire.

Les persécutés ne commettent pas seulement des violences contre les personnes (coups, blessures, meurtre) mais ils se livrent aussi à des dégradations contre les propriétés des personnes dont ils croient avoir à se plaindre, parfois ils incendient leurs demeures ou leurs récoltes.

Les persécutés traqués de tous côtés, ne pouvant rester nulle part, incapables de subvenir à leurs besoins par leur travail se font souvent arrêter pour vol ou vagabondage.

RAPPORT 3. — DÉLIRE DE PERSÉCUTION

Coups et blessures, outrages. — Irresponsabilité. — Non-lieu. — Internement.

V... a frappé sur la voie publique, des gens qui ne lui disaient rien ; des gendarmes étant intervenus, il les a outragés. Il est donc inculpé de coups et blessures, d'outrages.

La mère de V... était sujette à des crises nerveuses probablement de nature hystérique; elle est morte d'une maladie de foie. L'inculpé est le dernier de cinq enfants; ses frères et sœurs seraient tous bien portants et intelligents. Néanmoins une des sœurs, la seule que j'ai vue et interrogée, présente une malformation de la tête, de l'asymétrie faciale et son niveau mental est manifestement faible.

V... est normalement constitué, cependant il présente un stigmate de dégénérescence, sa voûte palatine est très ogivale. Dès l'enfance il a donné des signes d'une émotivité maladive : sombre, taciturne, craintif à l'excès, il se barricadait parfois dans sa chambre sans pouvoir dire de quoi ou de qui il avait peur.

Il a fait cinq années de service militaire dans la cavalerie, dont dix-huit mois aux compagnies de discipline; pendant son séjour à l'armée, il a contracté des habitudes d'intempérance qu'il a conservées. A son atelier, d'après les rapports de police, il est considéré comme un homme ne jouissant pas de la plénitude de ses facultés mentales ; on dit de lui : c'est « un cerveau brûlé ». Depuis plus d'un an, il se figure que toutes les personnes qui l'approchent, parents, amis, camarades, sont mal intentionnés à son égard et lui en veulent; dans la rue, au café, il croit surprendre sur les lèvres des gens qu'il rencontre, des propos malveillants à son égard; il prétend qu'on parle de lui dans les journaux et qu'on fait des articles « détournés » contre lui. Dans ces derniers temps il avait l'air égaré et répétait continuellement : « Je vais sauter ou bien je vais passer contremaître, tous les ouvriers m'en veulent. »

Il fatiguait sa sœur de questions, prétendant qu'elle devait connaître les motifs de la malveillance que tout le monde manifestait à son égard.

Comme la plupart des persécutés, V... a une attitude méfiante, se tient sur la réserve et se montre tout d'abord très réticent ; peu à peu cependant je parviens à gagner sa confiance et à obtenir des explications très nettes. « Il a rencontré sur la route, m'explique-t-il, des gens qui l'ont regardé de travers puis qui l'ont appelé « canaille, ivrogne. » Il leur a demandé raison de leurs injures et comme ils ne lui ont répondu que par des moqueries il les a frappés. Les gendarmes sont arrivés et au lieu de lui donner raison l'ont conduit au poste. C'est alors que furieux de leur attitude il leur a adressé les reproches qu'ils méritaient. » « Il n'est pas méchant, ajoute-t-il, et cependant depuis quelque temps il est victime d'une vengeance, il ne sait pas de la part de qui, mais enfin à plusieurs reprises on a essayé de l'empoisonner. Il prenait ses repas dans un restaurant, il s'est aperçu qu'on mettait dans son vin quelque

chose qui lui faisait mal; le vin était très fort, ça lui tirait la figure et les yeux comme s'il était empoisonné, il était tellement défiguré qu'il se faisait peine à lui-même quand il se regardait dans la glace. Ayant changé de restaurant, pendant quelques jours il a été mieux, puis ça a recommencé. Il est allé se plaindre aux deux médecins de la localité où il habitait, mais ni l'un ni l'autre n'a voulu le croire. Il a pris alors le parti de manger chez lui avec sa maîtresse; depuis, sa santé s'est améliorée, mais il sait pertinemment qu'on a conseillé à sa maîtresse de mettre quelque chose dans ses aliments pour l'empoisonner. On veut le faire passer pour fou; tout le monde, même sa sœur, lui dit qu'il est exalté, mais il n'est pas fou. »

En somme V... présente un délire de persécution très net. Voyant des ennemis partout, atteint d'hallucinations de l'ouïe, il a cru entendre proférer des injures par des gens qui cependant ne lui disaient rien et il s'est laissé aller à des actes de violence; ceux-ci étaient, pour ainsi dire, la conséquence forcée des idées délirantes et des hallucinations qui le dominent, conséquemment il ne saurait en être rendu responsable.

Se croyant la victime de persécutions imaginaires, de tentatives d'empoisonnement, il est à craindre que, d'un moment à l'autre, il en arrive à considérer telle ou telle personne comme l'auteur de tous ses maux, comme son persécuteur, et ne se livre sur elle à des actes de violence ; mais, dès à présent, il constitue un danger pour l'ordre public et la sûreté des personnes, ainsi qu'il en a donné la preuve il est donc nécessaire de l'interner dans un asile d'aliénés.

De tout ce qui précède, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

Conclusions. — 1° V... est atteint de délire des persécutions ;

2° Il a commis les actes dont il est inculpé sous l'influence des idées délirantes qui le dominent ; il ne saurait donc en être rendu responsable ;

3° Il y a urgence de le placer dans un asile d'aliénés.

Conformément aux conclusions de ce rapport, V... a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu et a été interné à l'asile de Villejuif. Il y est resté deux ans présentant un délire de persécution des mieux caractérisés avec hallucinations de l'ouïe, troubles de la sensibilité générale et craintes d'empoisonnement. Il était très violent. Il a été transféré dans un asile de province.

Épilepsie [1].

Lorsque l'épileptique commet un crime ou un délit en dehors de l'influence des accès, il doit être considéré comme responsable; la seule question qui se pose est de savoir si sa responsabilité peut être atténuée; lorsqu'au

[1] J. Falret. De l'état mental des épileptiques. Paris. 1861.
Legrand du Saulle. Etude médico-légale sur les épileptiques. Paris, 1877.
Parant. Des impulsions irrésistibles des épileptiques. Congrès des médecins aliénistes

contraire il accomplit ces actes sous l'influence d'un accès (attaque, vertige, équivalent psychique) il doit être déclaré irresponsable.

Mais comment reconnaître après coup si chez un épileptique l'acte incriminé est ou n'est pas le résultat d'une crise ? Le seul moyen est d'examiner l'acte lui-même et de voir s'il présente ou non les caractères d'une impulsion épileptique ; c'est d'ailleurs souvent le crime lui-même qui par sa singularité met sur la voie de l'épilepsie jusque-là ignorée et de l'inculpé et de son entourage.

En ce qui concerne les actes violents commis par les épileptiques en dehors de leurs crises, il ne faut pas oublier qu'il existe chez ces malades un état permanent d'irritabilité morbide qui les rend plus que des personnes normales prompts à la colère et à la violence et qui est par suite de nature à atténuer leur responsabilité.

Parfois les épileptiques arrivent à commettre des vols poussés par le besoin, et ils sont dans la misère non pas par inconduite, par paresse, mais parce qu'en raison de leurs attaques convulsives on les renvoie de tous les ateliers, de tous les chantiers ; on conçoit dans ces conditions, que même lorsqu'ils ont volé en dehors de tout trouble mental ils peuvent encore mériter une certaine indulgence.

Dans la démence épileptique, dans l'épilepsie liée à l'idiotie, l'irresponsabilité résulte de la démence même ou de l'idiotie.

L'état mental des épileptiques est d'ailleurs très différent suivant qu'ils ont des crises fréquentes ou au contraire des crises rares, aussi on peut dire que dans l'épilepsie la responsabilité n'est pas une mais varie suivant les maladies, et chez le même malade suivant les moments et les circonstances.

RAPPORT 4. — ÉPILEPSIE. — COUPS. — IRRESPONSABILITÉ

Homme vingt-trois ans. — Coup de couteau sur un passant inconnu sans motif. — Epilepsie. — Amnésie. — Irresponsabilité. — Non-lieu. — Internement.

Nous soussignés, Drs J. Socquet et Ch. Vallon, médecins experts près le tribunal de la Seine ; commis par M. Boursy, juge d'instruction près ledit tribunal, à l'effet d'examiner le nommé T..., vingt-trois ans, inculpé d'avoir porté volontairement un coup de couteau au nommé M..., *en passant près de lui dans la rue et sans motif apparent.*

Serment préalablement prêté, avons procédé à cet examen et consigné notre opinion dans le présent rapport.

T... a été arrêté dans des circonstances qu'il importe de préciser :

et neurologistes de France. 1895. Ce rapport contient une bibliographie très complète de la question.

Ch. Vallon. De la responsabilité des épileptiques. *Annales d'hygiène publique et de Médecine légale*, mai 1893.

Ch. Vallon. Actes des épileptiques. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, 1895.

Manouvrier, il habite avec sa mère la banlieue de Paris. Le 19 septembre, il était venu à Paris voir sa sœur. Son beau-frère l'avait trouvé *tout drôle,* et après avoir bu avec lui une seule consommation l'avait reconduit jusqu'à la place de la Bastille, pensant qu'il allait prendre le train à la gare d'Orléans, pour retourner chez lui.

En effet, T... se dirigeait vers la gare quand, arrivé place Mazas, il donna un coup de couteau à un passant. Voici comment la victime a raconté le fait : « Je passais, place Mazas, vers huit heures du soir, quand un individu, que je ne connais nullement, s'est avancé vers moi, et sans m'adresser la parole, m'a tout à coup planté un couteau dans le cou. Je n'ai d'abord rien senti, mais en entendant le ressort d'une arme, couteau ou pistolet, je ne savais, j'ai porté ma main à mon cou, j'ai senti que le sang coulait à flots, j'ai voulu l'arrêter en mettant le doigt sur la plaie, mon doigt y est entré complètement. L'homme qui m'avait frappé s'était sauvé. J'ai couru après lui en criant : A l'assassin ! on l'a arrêté et on m'a conduit chez le pharmacien avec lui. Je ne peux concevoir le motif pour lequel cet homme m'a frappé, il ne paraissait pas ivre. »

T... est petit, mais paraît vigoureux, il présente de l'asymétrie cranio-faciale : un aplatissement de la tête au niveau des os temporaux ; sa voûte palatine est ogivale. Au moment de notre examen, nous constatons chez lui un tremblement très net des mains et de la langue. Il est calme, lucide, et répond convenablement aux questions que nous lui posons. Son intelligence paraît médiocre : il sait lire, mais à peine écrire, pourtant il aurait fréquenté l'école jusqu'à l'âge de treize ans. Il nous fournit, sur l'acte qui l'amène devant la justice et sur l'emploi de son temps dans la journée où il l'a commis, les renseignements suivants :

« Le dimanche 19 septembre, levé vers cinq heures et demie, il a travaillé jusqu'à onze heures à charger de la pierre sur un bateau. A sept heures, il a mangé du pain avec du fromage et bu un verre d'eau-de-vie ; à onze heures, il s'est laissé entraîner par des camarades et a bu trois absinthes. Il a déjeuné chez sa mère, et, suivant l'habitude, ils ont bu de la boisson faite avec des raisins secs. Après déjeuner, il a pris un café sans cognac ; puis il a fait sa toilette et s'est rendu à Juvisy à l'enterrement d'un ami. Là, il a bu un verre de vin rouge. A trois heures, il est monté dans le train pour Paris. En arrivant, il s'est rendu chez son beau-frère ; il s'est promené dans le quartier avec sa famille, puis entre six et sept heures, après avoir pris un verre de vin, il a quitté son beau-frère dans l'intention de regagner la gare d'Orléans pour rentrer chez lui. A partir de ce moment-là, il ne sait plus du tout ce qui s'est passé, il n'en a gardé aucun souvenir. Le lendemain, il s'est réveillé au poste, il croyait avoir été arrêté pour ivresse ; quand on lui a dit qu'il avait donné un coup de couteau à un passant, il ne pouvait le croire. » T... ne sort pas de cette explication, et à toutes les questions qu'on lui pose, il répond : « Que voulez-vous que je vous explique, je ne me rappelle rien. »

Il assure qu'il n'est pas méchant, que jamais il n'a frappé personne ni

eu de querelle avec qui que ce soit. Il ne connaissait pas sa victime, il ne l'avait jamais vue, il n'avait donc aucun motif de lui en vouloir.

En ce qui concerne ses antécédents, il nous fournit des renseignements qui peuvent se résumer ainsi :

Jamais il n'a été sérieusement malade. Il a fait deux chutes, il y a plusieurs années, dont une de la hauteur d'un premier étage en montant des seaux sur une échelle, mais ces chutes n'ont eu aucune conséquence. Il a eu deux attaques de nerfs, la première en octobre 1896, alors qu'il travaillait au chemin de fer d'Orléans, la seconde il y a six mois, chez sa mère ; il ne sait pas ce qui s'est passé, mais à la suite, pendant plusieurs jours, il a éprouvé une douleur et des picotements dans la bouche, la langue lui brûlait comme du feu, il ne pouvait que difficilement mâcher les aliments; (il ne présente cependant pas de cicatrices de morsures de la langue.) Tous les dix ou quinze jours, il est pris d'étourdissements : sa vue se brouille, il est obligé d'arrêter son travail et de s'asseoir ; cela ne dure que quelques minutes ou même quelques secondes. Il a fréquemment des maux de tête qui siègent au niveau du front. Il indique la région pariétale gauche comme sensible au toucher. Il dort mal habituellement, il rêve de son travail et parfois il lui semble être monté sur quelque chose d'où il tombe. Il affirme cependant qu'il ne se grisait jamais, il buvait bien quelquefois une goutte, une absinthe, mais c'était rare ; jamais il n'avait *autant bu* que le jour où on l'a arrêté.

La mère de T..., bien qu'âgée de cinquante-sept ans seulement, a peu de mémoire. Elle et un de ses gendres m'ont fourni les renseignements suivants :

Le père de l'inculpé est mort à la suite d'un refroidissement ; il ne buvait pas ; la famille se compose de six enfants, trois filles et trois garçons, qui se suivent à dix-huit mois d'intervalle ; l'inculpé est le cinquième. Tous sont bien portants, sauf une fille de vingt-cinq ans, mariée, qui est sujette à des crises de nerfs (très vraisemblablement à des attaques d'hystérie).

L'inculpé a été à l'école, mais il n'a rien appris, il a été ajourné pendant deux années de suite pour le service militaire, en raison de son défaut de taille, il devait partir dans le courant de novembre. Il a eu trois attaques de nerfs, la première au commencement d'octobre 1896 : c'était la nuit, il travaillait avec ses deux frères à la gare d'Orléans, il déchargeait des marchandises ; tout d'un coup sa figure s'est retournée, il a fait un tour sur lui-même, puis est tombé sans connaissance, il s'est débattu ; on l'a emporté et couché ; il est resté assez longtemps avant de revenir à lui

Les deux autres crises ont eu lieu chez sa mère... : une fois, il a fait la grimace, puis il s'est raidi, de l'écume lui est venue à la bouche, il n'est pas tombé; sa mère a pu le retenir sur la chaise où il était assis. La seconde fois, les choses se sont passées à peu près de la même façon, sa mère a pu le retenir au moment où il allait tomber.

Il souffre habituellement de grands maux de tête, et jusqu'à l'âge de dix-huit ans il a uriné au lit presque toutes les nuits.

De l'examen auquel nous nous sommes livrés, des renseignements que

nous avons recueillis, quelles conclusions pouvons-nous tirer? Pour nous, il n'est pas douteux que nous nous trouvons en présence d'un jeune homme atteint d'épilepsie. Les attaques décrites par la mère et le beau-frère sont certainement de nature comitiale; les étourdissements que T. dit éprouver ne sont autre chose que des vertiges épileptiques. Nous trouvons d'ailleurs, en dehors des crises mêmes, d'autres faits en faveur de l'épilepsie : de l'asymétrie cranio-faciale, des céphalalgies habituelles, de l'incontinence nocturne d'urine jusqu'à dix-huit ans.

On ne saurait attribuer les crises convulsives à l'hystérie, car il n'existe chez T... aucun stigmate de cette névrose.

Quant au fait incriminé il présente bien également les caractères d'une impulsion comitiale; c'est un acte brusque, soudain, violent, non motivé, n'ayant enfin laissé aucune trace dans la mémoire. Un détail cependant pourrait faire naître quelques doutes sur la nature épileptique de cet acte. C'est que T. a cherché à fuir. Mais ce n'est pas là un motif suffisant pour mettre en doute le caractère comitial de l'acte. Si le plus souvent l'épileptique, en pareille circonstance, reste immobile, comme cloué sur place auprès de sa victime, parfois au contraire il fuit à la vue du sang, à la vue des personnes qui veulent s'emparer de lui, devinant dans un état de sub-conscience, plutôt que comprenant exactement qu'il court un danger.

Un dernier point : T..., bien que depuis longtemps atteint d'épilepsie, ne s'est jamais, semble-t-il, livré à des actes violents; il est probable que s'il a frappé, contre son habitude, c'est que ce jour là il avait commis des excès alcooliques inusités. L'alcool a joué le rôle d'appoint dans la production de l'impulsion comitiale.

Conclusions. — 1° T... est atteint d'épilepsie.

2° C'est très vraisemblablement sous l'influence d'une impulsion épileptique, qu'il a commis l'acte dont il est inculpé; il ne saurait donc en être rendu responsable.

3° Il est nécessaire de mettre T... à la disposition de l'autorité administrative afin qu'elle pourvoie à son placement dans un asile d'aliénés.

T... a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu et a été envoyé à l'asile de Villejuif où il fait un très long séjour. Il a eu de fréquents vertiges et quelques attaques d'un caractère nettement comitial. Sous l'influence d'un traitement par le bromure de potassium ces accidents ont disparu à peu près complètement et il a été rendu à sa famille

RAPPORT 5. — ÉPILEPSIE. — VOL. — RESPONSABILITÉ ATTÉNUÉE

Plusieurs condamnations. — Épilepsie, attaques rares ne s'accompagnant ni de délire ni d'impulsions. — Vol n'ayant pas un caractère pathologique. — Rapport concluant à une certaine indulgence. — Condamnation sévère.

Je soussigné, Charles Vallon, commis par M. Danion, juge d'instruction près le tribunal de première instance du département de la Seine, à l'effet

d'examiner au point de vue mental le nommé B.., inculpé de vol et de complicité.

Serment préalablement prêté, ai procédé à cet examen et consigné mon opinion dans le rapport suivant :

B... a déjà subi plusieurs condamnations; il accomplissait une peine de cinq ans de prison pour vol, à la maison centrale de Poissy, quand, le 27 novembre 1893, il fut transféré à l'asile annexé à la maison centrale de Gaillon comme épileptique. Le 12 octobre 1894, quelques mois après son entrée en fonctions, M. le Dr Colin, médecin de l'asile de Gaillon, rédigea le certificat suivant.

« B.., venu de la maison centrale de Poissy comme atteint d'épilepsie, n'a pas eu d'accès depuis le mois de décembre 1893. L'état de ce détenu s'est suffisamment amélioré pour permettre son transfèrement dans une maison centrale. »

A la suite de ce certificat, B... fut réintégré à la maison centrale de Poissy, mais le 1er août 1895 il fut envoyé de nouveau à Gaillon; le 28 du même mois M. le Dr Colin délivra le certificat que voici :

« B... est atteint d'épilepsie. Les accès sont peu fréquents et ne s'accompagnent pas de délire ni d'impulsions violentes. Par conséquent ce détenu n'est pas un épileptique aliéné, mais un épileptique analogue à ceux que nous traitons à la maison centrale de Gaillon, sans les admettre au quartier spécial. J'estime donc que B..., qui est un individu calme et bon travailleur, peut être réintégré dans une maison centrale. »

Le 4 octobre, B... fut réintégré à Poissy.

Le vol qui l'amène encore une fois devant la justice est un vol de linge accompli dans les circonstances suivantes : il s'est introduit dans la lingerie de l'hôtel où il logeait et s'est emparé d'une vingtaine de paires de draps, de serviettes, de taies d'oreiller qu'il a emportés avec l'aide d'un camarade et qu'il a vendus. Ce vol ne présente pas, il est à peine besoin de le dire, les caractères d'un acte pathologique.

Depuis son arrivée à Mazas, B..., d'après les renseignements qui me sont fournis par le personnel de la prison, n'a donné lieu à aucune remarque particulière, il n'a rien dit ni rien fait pouvant donner lieu à penser qu'il est atteint d'aliénation mentale ; il n'a pas eu non plus de crise de nerfs. Mais dans le cabinet de M. le juge d'instruction il a été pris d'une attaque d'épilepsie pour laquelle il a reçu les soins de M. le Dr Kortz, un des médecins du palais de justice.

Au moment de mon examen il est parfaitement calme, lucide, exempt de tout trouble mental; ni sa mémoire ni ses autres facultés intellectuelles ne sont affaiblies; il parle d'un ton posé et répond très correctement à toutes mes questions.

Il me fournit sur sa famille et sur lui-même les renseignements que voici :

« Sa mère est morte en 1892, il ne sait pas de quelle maladie. Son père est sujet à des attaques : « il devient tout noir et tombe »; ces attaques sont rares, elles se produisent surtout à la suite d'excès alcooliques. Lui-même est atteint

d'épilepsie depuis l'âge de vingt et un ans. La première attaque s'est produite à la suite d'une violente émotion; il avait été renversé dans la rue par un camion de chemin de fer; il a roulé sous la voiture, il n'a pas été blessé, mais il a éprouvé une vive frayeur et huit ou dix jours après il a eu sa première crise d'épilepsie. Il est resté ensuite seize mois sans tomber, puis les attaques n'ont cessé de se reproduire à intervalles d'ailleurs très irréguliers. Il ne sent pas venir l'attaque. Il regarde fixement, et s'il est au travail, sa main gauche laisse échapper l'outil qu'elle tient, tandis que la droite conserve le sien; il tombe comme une masse, toujours en arrière, lui a-t-on dit, il se débat; la crise finie, il se sent tout courbaturé et c'est à cela qu'il se rend compte qu'il a eu une crise, car il ne garde aucun souvenir de ce qui se passe; pendant l'attaque il se mord la langue.

Il présente sur différentes parties du corps : poignet droit, main gauche, lèvres, nez, crâne, des cicatrices provenant de blessures qu'il se serait faites au cours de ses crises.

Ces renseignements, ces constatations confirmeraient, s'il en était besoin, le diagnostic de M. le D[r] Colin. Les crises nerveuses ne sauraient être attribuées à l'hystérie, B..., en effet, n'a jamais présenté de symptômes d'hystérie et il n'existe chez lui aucun stigmate permanent de cette névrose.

On ne constate non plus aucun signe d'intoxication alcoolique; B... déclare d'ailleurs ne faire jamais le moindre excès de boisson; au repas il ne boit qu'un peu de cidre ou de bière; le vin, même en petite quantité, lui fait du mal.

B... étant bien et dûment épileptique, quelle conséquence faut-il en tirer? La seule constatation de l'épilepsie chez un inculpé ne saurait suffire à le faire considérer comme irresponsable des actes à lui reprochés. Sans doute les épileptiques sont sujets à des impulsions sous l'influence desquelles ils commettent des actes inconscients; mais en dehors de ces attaques ils sont parfaitement capables d'actes voulus, réfléchis. Or, les actes incriminés ne présentent en rien les caractères des impulsions pathologiques de l'épilepsie; d'ailleurs l'inculpé ne cherche nullement à se faire passer pour fou ni à mettre sur le compte de la maladie dont il est atteint, les vols qu'il a commis.

Voici les explications qu'il m'a fournies.

Du pécule qu'il avait en sortant de prison il lui restait cent vingt-huit francs quand il a perdu son porte-monnaie; il se trouvait donc sans un sou et il avait son loyer à payer. C'est alors qu'il a eu l'idée, pour se procurer de l'argent, de voler du linge dans l'hôtel où il logeait. Un camarade l'a aidé à transporter les objets volés sans connaître leur provenance, croyant qu'il s'agissait simplement « d'un déménagement à la cloche de bois ». Ensuite il a vendu les objets volés. Il ajoute que s'il vole c'est qu'il ne peut arriver à gagner sa vie en travaillant, car on le renvoie de tous les ateliers à cause de ses attaques. C'est là en effet le malheureux sort de presque tous les épileptiques.

Conclusions. — 1° B... est épileptique, mais les actes dont il est inculpé ne

relèvent pas directement de la maladie dont il est atteint, il doit donc en rendre compte à la justice.

2° Toutefois l'épilepsie dont B... est atteint est de nature à lui concilier une certaine indulgence de la part des magistrats.

B..., en raison de ses antécédents judiciaires, a été frappé d'une peine sévère, celle de huit ans de travaux forcés avec la relégation.

Hystérie.

L'état mental et par suite la responsabilité varie beaucoup dans l'hystérie suivant que celle-ci est grave ou légère. L'hystérique en état second est un aliéné complètement irresponsable de ses actes aussi longtemps qu'il reste dans cet état ; mais d'une façon générale l'hystérie, sauf des cas exceptionnels, est plutôt de nature à atténuer la responsabilité qu'à la faire disparaître.

Pour apprécier les actes reprochés aux hystériques, il faut se rappeler les particularités de leur nature. Leur *caractère mobile* et *instable* les empêche d'avoir de la suite dans leurs projets. En raison de leur *émotivité*, de leur *irritabilité*, elles supportent difficilement les contrariétés même légères. L'*esprit d'imitation* qui est si développée chez elles, les porte à perpétrer des actes délictueux qu'elles ont vu commettre devant elles. Grâce à la *débilité de leur volonté* elles offrent peu de résistance aux mauvais conseils, aux suggestions coupables.

Les hystériques disent souvent des choses contraires à la vérité ; que ce soit pour le plaisir de mentir ou qu'elles parlent sincèrement, auto-suggestionnées qu'elles sont, peu importe, il faut se méfier de leurs déclarations.

Les hystériques peuvent présenter un érotisme morbide, mais beaucoup sont au contraire frigides. Quand le médecin expert aura à rendre compte de l'examen d'une hystérique devant le tribunal correctionnel et surtout aux assises, il devra toujours expliquer aux magistrats et aux jurés la valeur du mot hystérie, car pour les gens du monde hystérie signifie appétit génital exagéré, dévergondé ; c'est la confusion de l'hystérie avec la nymphomanie.

D'une manière très générale, on peut dire que les hystériques sont *mal équilibrées*, et par suite capables d'actes peu ou pas réfléchis. L'hystérie s'associe d'ailleurs fréquemment à toutes les formes de la dégénérescence mentale.

RAPPORT 6. — HYSTÉRIE. — VOL. — IRRESPONSABILITÉ

Antécédents héréditaires. — Dès l'enfance pratiques d'onanisme continuées jusque dans le mariage. — Ethéromanie et chloralomanie. — Kleptomanie. — Plusieurs arrestations pour vols dans les grands magasins. — Trois rapports médico-légaux concluant à l'irresponsabilité. — Nouveaux vols. — Hystérie. — Irresponsabilité. — Non-lieu.

Vols dans les magasins du Louvre d'un grand nombre d'objets de peu de valeur. Jugement de la 9e chambre correctionnelle ordonnant l'expertise.

Madame D... est fille de parents aliénés ; quand sa mère et son père se sont mariés ils étaient âgés l'une de vingt-trois ans, l'autre de soixante-huit ans ; quatre ans après elle est venue au monde. Un an plus tard, ces époux si mal assortis par l'âge ont eu un second enfant qui n'a pas tardé à mourir ; à la suite de ce deuxième accouchement la mère a commencé à donner des signes évidents de dérangement intellectuel, elle s'est mise à faire des excès alcooliques et depuis a toujours continué, finalement elle est morte folle à cinquante-quatre ans dans un asile d'aliénés au Mans. Le père est décédé à soixante-dix-sept ans après avoir, comme sa femme, mais à un degré moindre, présenté des troubles mentaux.

L'inculpée est donc une héréditaire, et chez elle l'hérédité, on va le voir, s'est manifestée de bonne heure par des instincts vicieux. Placée à l'âge de dix ans dans un ouvroir tenu par des religieuses, elle se prit d'une vive affection pour une de ses camarades et ne tarda pas à pratiquer avec elle l'onanisme individuel et le plus souvent l'onanisme réciproque soit digital soit buccal. C'est Mme D... elle-même qui nous fait ces confidences ; elle ajoute qu'elle était incapable de résister à la tentation, il lui était impossible de rester un seul jour sans se livrer à sa passion, au point que quand elle devait communier elle ne pouvait que difficilement se contenir dans la nuit qui séparait la confession de la communion, et quand par hasard elle y parvenait, ce n'était que pour succomber dès le lendemain matin ; à la messe même il lui arrivait de se masturber : elle passait la main sous ses jupes et satisfaisait son invincible besoin. Mais c'est surtout vers l'âge de dix-neuf ans qu'elle s'est le plus masturbé. Tout en se livrant nuit et jour à ces pratiques vicieuses, elle était d'une naïveté et d'une timidité peu communes : à vingt ans elle n'osait pas regarder un homme en face, elle croyait que cela suffisait pour devenir enceinte.

Un beau jour la directrice de l'ouvroir ayant remarqué l'affection si tendre que se témoignaient ses deux pensionnaires finit par avoir des soupçons et obtint des aveux de l'autre jeune fille ; les deux amies durent quitter l'établissement. Après une existence assez accidentée, Mme D.., se maria avec un homme de vingt-sept ans plus âgé qu'elle et en quelques années elle eut cinq enfants dont trois seulement sont encore vivants. Les premiers temps de son mariage malgré des relations fréquentes avec son mari, elle conserva son penchant irrésistible pour l'onanisme ; plus tard cette passion se calma mais fut bientôt remplacée par une autre, le besoin de boire de l'éther et du chloral. Onanisme, éthéromanie, chloralomanie ne devaient pas être les seules impulsions morbides de cette dégénérée : elle se montra en même temps kleptomane et se fit arrêter plusieurs fois pour vol dans les grands magasins. En 1882, M. le docteur Auguste Voisin eut à faire un rapport médico-légal sur son compte ; antérieurement même, M. le Dr Legrand du Saulle avait eu à examiner son état mental ; l'année dernière enfin, M. le Dr Motet fut commis par la 9e chambre pour le même motif : les trois experts ont chaque fois conclu à l'irresponsabilité. C'est que Mme D... est en effet une femme inconscient de ses actes, une aliénée, une hystérique.

Depuis des années elle est sujette à des attaques convulsives commençant

par des sensations d'étouffement et de constriction à la gorge, elle présente en outre la plupart des stigmates permanents de la grande névrose aussi bien au point de vue somatique qu'au point de vue psychique. Comme stigmates physiques on trouve surtout des troubles de la sensibilité et du tremblement. A la face et au bras droit il existe de l'anesthésie, à la région ovarienne au contraire une hypéresthésie très prononcée : la moindre pression à ce niveau produit une vive douleur et fait pousser des cris à la malade; de l'hypéresthésie encore en un point limité du cuir chevelu (clou hystérique). Le membre supérieur droit est animé d'un tremblement continu; ce tremblement, qui date de 1887, époque du dernier accouchement, s'exagère quand la malade cherche à le réprimer et se généralise à la moindre émotion. Une des impressions les plus vives que puisse ressentir Mme D.., de son propre aveu, c'est la vue d'un homme robuste et bien musclé; son mari est très maigre et quand elle rencontre un homme bien en chair, cela lui produit un drôle d'effet.

Le champ visuel est rétréci des deux côtés et la malade se plaint d'avoir de temps à autre « des brouillards sur les yeux ». Les autres sens sont intacts.

Le sommeil est agité, troublé par des rêves le plus souvent pénibles : Mme D... voit des choses effrayantes, croit tomber dans des précipices, se figure faire des courses sans fin, courir sans pouvoir s'arrêter.

L'état mental peut se caractériser ainsi : irritabilité excessive, mobilité extrême dans les idées et les sentiments. Aux époques menstruelles, ces dispositions habituelles s'exagèrent encore. Par moments Mme D.. se montre pleine de douceur et d'affection envers son mari et ses enfants; puis, l'instant d'après elle devient grossière et brutale; pour le motif le plus futile, elle injurie et insulte tout le monde, elle fait des scènes épouvantables cassant et brisant tout ce qui lui tombe sous la main. Sa colère passée, elle demande pardon de sa conduite, pleure et se désole d'avoir un si mauvais caractère, promet à son mari, se jure à elle-même de ne pas renouveler ces scènes scandaleuses et toujours recommence. C'est qu'elle est incapable de faire autrement, c'est qu'elle est impuissante à modifier une conduite qui n'est en somme que la résultante, la manifestation extérieure d'un état cérébral défectueux. Il en est de même des vols auxquels elle s'est livrée à diverses reprises et récemment encore ; elle n'était pas plus libre de ne pas les commettre, qu'elle n'est capable de changer son caractère, de ne plus prendre d'éther ou de chloral : ces vols absurdes, comme ces scènes sans motifs, comme ces abus de calmants relèvent de la même cause, un manque d'équilibre dans les facultés intellectuelles. Mme D... prétend que lorsqu'elle se trouve dans les grands magasins, en face de belles étoffes, d'objets de toute sorte accumulés comme à plaisir pour tenter le passant, elle est en quelque sorte fascinée; sa main se porte pour ainsi dire malgré elle vers l'objet convoité.

L'assertion de Mme D... est on ne peut plus admissible. Quand elle vole elle agit instinctivement, cela est bien certain, sans que sa volonté intervienne, elle répond pour ainsi dire automatiquement à la sollicitation venue du dehors. Et la preuve qu'elle agit sans réflexion, c'est qu'elle ne se cache pas, qu'elle ne prend aucune précaution. Cela résulte des déclarations mêmes des inspecteurs

qui l'ont arrêtée. Aussi est-elle surprise chaque fois en flagrant délit, son mari m'a affirmé que jamais elle n'avait pu rapporter à la maison les objets volés.

En résumé Mme D... est une dégénérée héréditaire hystérique sujette à des impulsions irrésistibles : Qu'elle se livre à l'onanisme, qu'elle abuse de l'éther ou du chloral ou qu'elle dérobe les objets qui s'offrent à sa vue, elle ne fait toujours que céder à une force à laquelle elle est incapable de résister. On ne saurait donc la considérer comme responsable des actes dont elle est inculpée. Mais une question se pose maintenant, c'est celle de l'internement dans un asile d'aliénées. Or Mme D... a une véritable terreur de la maison de santé ; quand je lui ai parlé de l'utilité qu'il y aurait pour elle à suivre un traitement dans un établissement spécial, elle a été prise d'un tremblement de tout le corps ; la peur s'est peinte sur sa physionomie ; les larmes aux yeux elle s'est écriée : J'aimerais mieux me tuer que de quitter mon mari et mes enfants. Ces menaces de suicide, Mme D... serait parfaitement capable de les mettre à exécution si son internement était prononcé, aussi suis-je d'avis, pour cette fois encore, de n'avoir pas recours à ce moyen de protéger la malade contre ses impulsions morbides et de la mettre dans l'impossibilité de nuire à autrui. Cependant comme Mme D... si elle n'est pas surveillée, commettra certainement de nouveau des vols qui ne sont encore une fois que la manifestation de son état pathologique, il y a lieu de prévenir son mari de ne pas la laisser sortir seule s'il ne veut pas qu'on soit obligé d'en venir à l'internement dans un asile d'aliénées.

Conclusions. 1° Mme D... fille de père et de mère aliénés, est atteinte d'hystérie grave avec impulsions morbides irrésistibles.

2° Elle ne saurait être considérée comme responsable des vols dont elle est inculpée.

3° Son placement dans un asile d'aliénés n'est cependant pas indispensable.

Conformément aux conclusions de ce rapport Mme D... a été acquittée et rendue à son mari.

RAPPORT 7. — HYSTÉRIE. — RESPONSABILITÉ ATTÉNUÉE

Homme atteint d'hystérie, ayant des antécédents héréditaires. — Coup de couteau donné à sa maîtresse sous l'influence de la colère. — Responsabilité atténuée. — Condamnation.

Nous, soussignés, Gilbert Ballet, professeur agrégé à la Faculté de médecine, Charles Vallon, médecin en chef à l'asile de Villejuif, commis par M. Pasques, juge d'instruction près le tribunal de première instance du département de la Seine, à l'effet d'examiner le nommé C..., inculpé de tentative de meurtre, détenu à Mazas. Serment préalablement prêté, avons procédé à cet examen et consigné notre opinion dans le rapport suivant.

De l'information résulte ce qui suit :

Depuis un certain temps C... entretenait des relations avec la femme

Lucie G..., patronne d'une brasserie, boulevard du Temple, une femme énorme, de onze ans plus âgée que lui. Il raconte qu'il était jaloux et que sa maîtresse ne faisait rien pour dissiper sa jalousie.

Le 24 août, dans la nuit, quelqu'un ayant demandé à parler à Mme G..., C... entre dans une violente colère, saisit sa maîtresse par le bras, l'entraîne dans le sous-sol de la brasserie, et s'emparant d'un couteau qui se trouvait à sa portée lui en donne un coup dans l'abdomen, lui faisant une blessure à laquelle elle succomba quelques jours plus tard.

C... reconnaît le fait et prétend avoir agi sous l'influence de la surexcitation.

Il n'est pas douteux que C... se soit rendu compte de la gravité de l'acte qu'il commettait. Ce n'est pas un aliéné ayant obéi à une hallucination ou à un mobile absolument pathologique. Il a cédé à la colère et à un entraînement purement passionnel.

Mais pour apprécier à sa juste mesure le degré de responsabilité de l'inculpé, il est nécessaire de revenir sur son passé et de montrer ce qu'est cet homme. Fils d'une mère aliénée dont les parents rapprochés étaient tous d'un caractère violent, l'inculpé s'est ressenti à un haut degré de cette fâcheuse hérédité morbide. Depuis son enfance, il est sujet à de violents accès de colère qui sont suivis, comme chez sa mère, d'hémorragies.

Son caractère a toujours été mobile et fantasque. Sa vie, des plus irrégulières, a été celle d'un parfait déséquilibré. Doué d'une certaine intelligence, comme le sont souvent les esprits de cet ordre, il a une facilité particulière pour l'étude des langues et en parle couramment huit. Son existence est un véritable roman, le roman d'un irrégulier et d'un cerveau sans équilibre. C... se marie et abandonne sa femme. On le voit successivement déserteur en Belgique, aventurier en Amérique, contrebandier en Espagne, où il se plaît à se faire passer pour Padlewski qui était alors recherché par la justice à la suite de l'assassinat qu'il avait commis à Paris. Entre temps, soldat à la légion étrangère, il fait la campagne du Tonkin où il est blessé. Il est en France l'objet d'un arrêté d'expulsion auquel, à différentes reprises, il cherche à se soustraire en se dissimulant plus ou moins adroitement à Paris.

Si on n'avait, pour apprécier les étrangetés de conduite auxquelles s'est livré l'inculpé, que la connaissance des faits dont nous venons de parler, il serait peut-être difficile de démontrer la nature pathologique des bizarreries de caractère de cet homme, encore bien que son hérédité morbide, nettement établie, constitue dans l'espèce un argument significatif; mais, de longue date, en même temps qu'il se signalait par une conduite étrange, C... a présenté des symptômes d'un état nerveux maladif non douteux. Il paraît certain qu'il a eu à différentes époques, et cela dès l'enfance, des accidents épileptiques. En tout cas il n'est pas douteux qu'il soit actuellement un hystérique avéré. En 1886 il a fait un séjour à l'hospice de la Salpêtrière, et, à cette époque, on a constaté chez lui, ainsi qu'il résulte de l'observation publiée alors par le Dr Babinski, une paralysie avec atrophie du membre supérieur gauche. Divers autres signes relevés d'ailleurs à ce moment ont permis d'établir avec une absolue netteté la nature hystérique du trouble en question.

Au demeurant, voici les symptômes que nous avons nous-mêmes relevés : faiblesse du bras gauche; anesthésie de ce bras et de la joue gauche; rétrécissement net du champ visuel et diminution de l'acuité auditive du même côté; zone douloureuse entourant la cicatrice d'une ancienne blessure au niveau de la tempe gauche. De plus C... est sujet à de fréquentes attaques hystériques; il en a présenté un assez grand nombre à la prison de Mazas, et sur ce point nous avons eu du personnel de la prison les renseignements les plus circonstanciés et les plus précis.

Nous sommes donc en mesure d'affirmer que l'inculpé est atteint d'hystérie. L'hystérie masculine s'associe d'ailleurs communément, on le sait, à la déséquilibration mentale, particulièrement chez les individus affectés d'une hérédité nerveuse pathologique. Chez C... tout se tient : les étrangetés de conduite, l'insouciance de l'avenir, les accès d'emportement, certaines lacunes de mémoire, les troubles du mouvement et de la sensibilité, tout cela forme un ensemble dont on est accoutumé à voir les éléments réunis chez les déséquilibrés héréditaires.

Toutefois son état morbide n'est pas, suivant nous, suffisant pour le faire déclarer irresponsable de l'acte qui lui est reproché. En effet l'irresponsabilité telle que, nous médecins, nous devons l'envisager, n'existe en dehors d'un état caractérisé d'aliénation mentale que dans les cas où l'inculpé a agi sous l'influence d'un mobile pathologique. Les choses ne se sont point ainsi passées dans les circonstances que nous avons à apprécier : en frappant sa maîtresse, C... a cédé à la jalousie et à la colère; ce ne sont pas là des mobiles morbides.

Mais il n'est pas douteux que du fait de l'état pathologique que nous avons mis plus haut en relief, C. n'oppose à ces mobiles une résistance beaucoup moindre que les individus normaux. C'est à ce titre, mais à ce titre seulement, que la maladie est intervenue dans la détermination de l'acte reproché à l'inculpé. Cela est suffisant pour que nous soyons en droit de considérer sa responsabilité comme atténuée dans une large mesure.

Conclusions. — 1° C. n'est pas aliéné;

2° L'acte qu'il a commis a été le résultat de la jalousie et de la colère; il doit en rendre compte à la Justice;

3° Mais C... est un malade atteint d'hystérie et peut-être d'épilepsie; à ce titre il n'oppose pas aux mobiles normaux de la conduite la même résistance qu'un individu sain ; il en résulte pour nous que sa responsabilité n'est pas entière et doit être considérée comme très atténuée.

C... a été jugé par la Cour d'assises le 13 mars 1895. A la fin de l'interrogatoire le président lui a dit : « Le mobile de votre crime a été la jalousie ; vous en avez convenu. Mais vous-même, tandis que Lucie G... était malade, vous courriez avec d'autres femmes. Votre jalousie n'était pas celle d'un amant, mais celle d'un souteneur. »

G... a répliqué : « Une femme est bien libre de donner de l'argent à un

homme, sinon tous les maris sont des souteneurs, car actuellement dans le mariage on ne recherche qu'une dot ».

Les jurés, malgré les efforts du défenseur, M[e] Crémieux, ont déclaré C... coupable toutefois en lui accordant des circonstances atténuantes.

La Cour a prononcé la peine de dix ans de réclusion. C... est resté impassible.

L'hypnotisme et les états analogues [1].

Le somnambule ne saurait être considéré comme responsable d'actes commis dans un accès de somnambulisme, soit spontané, soit provoqué. En effet, le somnambule provoqué et le somnambule spontané, agissent l'un comme l'autre sous l'influence d'une impulsion qui les prive de leur libre arbitre, à cette différence près que ce dernier a son principe d'action en lui-même, et l'autre en dehors de lui dans la personne de l'hypnotiseur.

Le médecin peut être interrogé sur la question de savoir si une personne a pu être victime, au cours d'un accès d'hypnotisme, d'un crime, par exemple, d'un viol, sans s'en rendre compte. D'après Mesnet [2] « l'abus de la personne impossible en somnambulisme spontané est possible en somnambulisme provoqué » ; mais il faut ajouter que dans les variétés d'hypnoses la catalepsie et surtout la léthargie même spontanée, le sujet offre une proie facile à la lubricité d'un malfaiteur. Le rôle de l'expert en pareille occurence est de rechercher si la personne qui déclare ou qu'on suppose avoir été violentée est susceptible de tomber spontanément en léthargie ou en catalepsie ou d'être plongée dans le sommeil hypnotique. Quand l'expert aura élucidé ce point, c'est aux magistrats qu'il appartiendra d'en tirer une conclusion à l'aide des autres éléments de l'information judiciaire. A moins de conditions particulières, l'expert sera dans l'impossibilité de donner aux magistrats d'autres éléments d'appréciation.

L'hypnotiseur peut-il se servir du sujet hypnotisé comme d'un automate pour lui faire exécuter tout ce qu'il veut, voire des crimes ? Gilles de la Tourette [3] n'ajoute « qu'une très faible créance à la possibilité de l'exécution, dans la vie commune, des suggestions criminelles données pendant le somnambulisme hypnotique », il juge celles-ci « encore beaucoup moins redoutables de la part de sujets suggestionnés pendant le sommeil hystérique ». « Comme toujours, ajoute-t-il, l'expérimentation ne sortira pas du laboratoire ; le fait existe indéniable ; mais qui voudrait s'en servir sans crainte d'être reconnu et poursuivi ». Et ailleurs il s'exprime ainsi : « Nous croyons qu'il est possible de faire signer à un somnambule un acquit, un blanc-seing, une donation testamentaire, une lettre de dénonciation, de même qu'on pourra armer son

[1] Crocq. L'Hypnotisme et le crime.

[2] Mesnet. Outrages à la pudeur dans le somnambulisme provoqué et la fascination. Étude médico-légale. Paris, 1894.

[3] Gilles de la Tourette. L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico légal. Paris, 1889. p. 244 et 372.

bras, etc., etc. Mais nous le répétons, encore une fois, ce sont là de purs faits expérimentaux, et personne dans la vie réelle ne voudrait en bénéficier, par crainte du lendemain. »

De fait on en est encore à citer un cas authentique de crime commis sous l'influence de la suggestion. Et pourtant il n'est pas rare de voir la presse politique parler de suggestion à propos d'actes portés devant les tribunaux, comme le suivant.

RAPPORT 8. — SUGGESTION ALLÉGUÉE

Femme trente ans. — Actes délictueux n'ayant pas un caractère pathologique. — Hystérie. — Responsabilité atténuée. — Une première fois, condamnation à trois mois de prison avec application de la loi *de sursis*. — Une seconde fois, condamnation à six mois de prison. — Une troisième fois, *suggestion alléguée*, condamnation à huit mois de prison.

Au mois de septembre 1897 je suis chargé d'examiner Mme Amélie B..., femme divorcée, inculpée d'abus de confiance. On lui reproche de s'être fait livrer des bijoux à crédit sachant qu'elle ne pourrait pas les payer. Elle allègue comme excuse, qu'un monsieur de sa connaissance l'a prié de faire cet achat et de lui remettre les bijoux, qu'elle a accédé à sa demande sans penser à mal.

Je rédige un rapport se terminant par les conclusions suivantes :

1° Mme B... est atteinte d'hystérie. Comme la plupart des hystériques elle présente de l'instabilité dans les idées, un jugement et une volonté débiles.

2° En raison de son état mental, Mme B... est capable d'actes peu réfléchis et à ce titre elle mérite l'indulgence dans l'appréciation des faits qui lui sont reprochés.

Mme B... est condamnée à 25 francs d'amende et à trois mois de prison avec application de la loi de sursis.

Au mois d'avril 1898, je suis de nouveau commis pour examiner Mme B... Cette fois elle est inculpée d'une série de vols tous accomplis dans des conditions à peu près identiques. Elle entre dans un magasin, examine des marchandises, en choisit quelques-unes et donne l'ordre de les livrer à une adresse et à un nom d'emprunt (marquise de Knuff, Dolorès de Montana, Miss Wlivort). Elle profite de la distraction du marchand occupé à lui faire l'article pour subtiliser adroitement des objets de valeur ayant un petit volume et elle va les revendre ensuite à des prix généralement minimes. D'ordinaire elle arrive au magasin dans un fiacre qu'elle garde une partie de la journée et qu'elle quitte subrepticement sans payer le cocher, après s'être fait arrêter devant un monument ou une maison à double issue.

Après avoir indiqué dans mon rapport que l'état mental de Mme B... n'a pas changé depuis mon précédent examen, je fais remarquer qu'il existe une différence entre le fait pour lequel elle avait été poursuivie précédemment et la série d'actes aujourd'hui incriminés, actes qui ne présentent en rien le

caractère d'actes irréfléchis, d'actes pathologiques. J'ajoute : « d'ailleurs B... ne cherche pas à excuser par un trouble mental les faits qui lui sont imputés; elle se contente de les nier ou du moins d'en nier la partie vraiment délictueuse : Elle reconnaît avoir commandé des marchandises, les avoir fait envoyer à des adresses quelconques, tout ça pour s'amuser, mais elle nie formellement avoir dérobé quoi que ce soit. Elle a une manière de se défendre qui est loin de dénoter un état d'aliénation mentale ».

Je termine par les conclusions suivantes :

Mme B... est atteinte d'hystérie. Cette maladie tout en étant de nature à lui concilier une certaine indulgence ne saurait la dispenser de rendre compte à la justice, d'actes aussi bien réfléchis et combinés, aussi habilement exécutés que les vols dont elle est aujourd'hui inculpée.

Mise en liberté provisoire, Mme B... fait défaut ; elle est condamnée à six mois de prison; elle disparaît pendant quelque temps. Mais le service anthropométrique ayant distribué aux agents de la sûreté, de nombreux exemplaires de sa photographie, elle est reconnue et arrêtée deux mois plus tard à la suite d'un vol dans un grand magasin de bijouterie. Arrivée en équipage, elle avait fait semblant de choisir un bijou et avait volé une bague de 4000 francs.

Elle est envoyée sans nouvel examen devant la 9e chambre correctionnelle A l'audience elle allègue pour sa défense qu'elle a agi inconsciemment et *hypnotisée par son amant.*

Je suis de nouveau chargé, avec mes collègues Ballet et Garnier, d'examiner Mme B...

Le lendemain la Presse politique parle de l'affaire.

La plupart des articles sont intitulés : *Suggestion criminelle,* et débutent ainsi : « La question de la responsabilité de l'auteur d'un crime ou délit et de la complicité d'un comparse demeurant dans la coulisse après avoir suggéré à l'aide de procédés hypnotiques l'acte répréhensible, préoccupe depuis longtemps les esprits ; elle vient de se poser de nouveau devant la 9e chambre correctionnelle, etc. »

En réalité l'hypnostisme n'avait rien à voir dans cette affaire, comme nous l'avons indiqué MM. G. Ballet, Garnier et moi dans le rapport que voici :

Nous, soussignés,

P. Garnier, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale du Dépôt;

Ch. Vallon, médecin en chef à l'asile de Villejuif;

G. Ballet, professeur agrégé à la Faculté de médecine ;

Commis par un jugement de la 9e chambre correctionnelle du Tribunal de première instance du département de la Seine, en date du 24 août 1898, à l'effet d'examiner Mme B... Amélie-Marie-Antoinette, femme divorcée, âgée de 30 ans, et de dire si elle jouit ou non de la plénitude de ses facultés mentales et si elle doit être déclarée responsable des faits délictueux qui lui sont reprochés.

Serment préalablement prêté, avons visité à plusieurs reprises Mme B... à la Prison de Saint-Lazare, avons pris connaissance des différentes pièces du

dossier et avons consigné, en notre honneur et conscience, dans le présent rapport, le résultat de notre expertise.

L'inculpée a déjà eu plusieurs fois affaire à la justice, soit pour abus de confiance, soit pour vols. Elle a déjà fait l'objet de deux rapports rédigés par l'un de nous (M. Vallon), l'un à la date du 26 octobre 1897, l'autre à la date du 26 avril 1898.

Mme B... est fille unique, elle appartient à une famille dans laquelle il n'y aurait eu ni fous ni névropathes. Son père a disparu à la suite de difficultés financières ; il est parti sans rien dire et depuis on n'a jamais eu de ses nouvelles. Sa mère paraît très bien, elle nous a fourni les renseignements que voici :

« Ma fille, nous a-t-elle dit, a reçu de l'instruction et de l'éducation ; elle est ancienne élève du Conservatoire et possède un certain talent sur le piano. Son enfance a été maladive; jeune fille, délicate et nerveuse, à la moindre contrariété elle se mettait en colère et avait alors des suffocations et parfois de grandes attaques : elle tombait, se débattait ; cela durait souvent deux heures et plus. Ainsi au Conservatoire quand elle ne pouvait pas arriver à bien jouer un morceau, elle s'énervait, s'excitait et finisssait par tomber en attaque.

« Mariée dès l'âge de seize ans, elle n'a pas été heureuse en ménage; son mari la brutalisait, si bien qu'au bout de trois ans elle a obtenu le divorce contre lui. Une fois seule elle est venue habiter avec moi ; la disparition de son père l'obligeait, pour subvenir à ses besoins, de donner des leçons de piano. Jusqu'au mois de janvier 1897, elle avait toujours eu une bonne conduite quand, à cette époque, elle est partie avec un jeune homme. Elle a encore eu des chagrins de ce côté-là et un jour elle a essayé de s'empoisonner avec du laudanum.

« C'est une personne sans volonté, d'un caractère faible, à qui l'on fait faire tout ce que l'on veut ; elle manque de jugement et de réflexion et par suite ne se rend pas toujours compte de la valeur de ses actes. »

L'inculpée qui a reçu une certaine instruction et paraît de prime abord intelligente, reconnaît aujourd'hui avoir commis la plupart des vols qu'on lui reproche; si elle discute l'inculpation, c'est sur des détails qui, au point de vue qui doit nous occuper, n'ont pas d'importance. On cherche vainement chez elle la manifestion d'une idée délirante quelconque. B... n'est ni une aliénée ni une démente ; elle se rend bien compte que les actes qu'elle a commis sont des actes répréhensibles et elle apprécie, comme elle doit l'être, la portée morale de sa conduite.

Toutefois elle invoque des excuses qui, à ses yeux, suffiraient à faire disparaître sa culpabilité. Depuis janvier 1897 elle était en relations avec un monsieur d'origine hongroise. Cet homme, assure-t-elle, aurait pris sur elle un grand empire et c'est en quelque sorte sous sa contrainte morale qu'elle aurait commis les abus de confiance et les vols qui lui ont été ou qui lui sont reprochés. Cette excuse est-elle légitime et acceptable? Lorsqu'on aborde l'inculpée et dès le début de la conversation qu'on a avec elle, on est frappé de la mobilité de son caractère et de son humeur, de son insouciance véritable-

ment enfantine. Elle parle avec une prolixité fatigante pour ceux qui l'entendent ; elle fixe son attention avec grande difficulté ; elle a peine à écouter les questions qu'on lui pose ; tour à tour elle rit aux éclats sans grand motif et pleure à propos d'une réflexion qui ramène son esprit sur une idée triste. Tout cela dénote une instabilité mentale très accusée. Sa mère affirme qu'elle est sans volonté, qu'on lui fait faire tout ce que l'on veut : Cette déclaration est sans doute exagérée, mais elle contient certainement une part de vérité.

Les défectuosités de caractère que nous venons de signaler s'expliquent par un état nerveux dont B... présente à un haut degré tous les signes ; nous trouvons en effet chez elle les symptômes les plus nets d'une hystérie très accusée : anesthésie cutanée, incomplète comme degré, mais généralisée à tout le tégument, rétrécissement considérable des deux champs visuels, point douloureux rachidien. La clinique a appris la valeur diagnostique décisive de ces symptômes. B... est une hystérique avérée.

On sait que les malades de cet ordre sont ordinairement facilement suggestionnables même à l'état de veille et en dehors de toute manœuvre hypnotique. B..., comme elle le prétend, n'aurait-elle donc agi que sous l'influence d'une suggestion morbide communiquée par son amant ?

Les actes qui lui sont reprochés ne présentent point les caractères de ceux qu'une hystérique exécute passivement sous l'influence d'une suggestion. Ceux-là sont en général simples, l'imprévu n'y a pas de part : la réflexion qui en modifie les détails et s'adapte aux circonstances, en est à peu près complètement absente. Or si l'on considère les vols commis par l'inculpée on constate qu'ils ont été assez habilement calculés, que les détails d'exécution en ont été réglés adroitement, on peut dès lors affirmer que B..., quoi qu'elle dise, n'a pas été entre les mains de son amant un instrument purement passif commettant des délits dont toute la responsabilité, sautant par-dessus elle, incomberait tout entière à celui qui en aurait été l'instigateur.

B... a prémédité ses actes, elle en a réglé les détails, elle était à même d'en comprendre la portée délictueuse, rien n'autorise à dire qu'elle fut, quand elle les a commis, un instrument aveugle dans les mains d'un tiers : elle doit en rendre compte à la justice.

Toutefois on ne peut méconnaître que l'état morbide dont B... est atteinte a pu avoir sur sa conduite une influence qu'il ne serait pas légitime de passer sous silence. Si l'inculpée n'a point agi sous l'influence d'une suggestion morbide dans le sens étroit qu'on attribue d'ordinaire à ce mot, il n'est pas douteux que son instabilité mentale et l'hystérie dont cette instabilité est la manifestation ont fait fléchir la puissance de résistance aux mauvais conseils et aux entraînements délictueux. Il y a certainement une part, une part seulement, mais une part réelle de vérité dans l'assertion de l'inculpée quand elle affirme que son amant avait pris sur elle un énorme ascendant. Les choses ont dû se passer ainsi car la clinique nous apprend combien est peu résistante la volonté des personnes atteintes de la maladie que présente B...

Cette maladie qui ne suffit pas, nous en avons dit la raison, à exonérer l'inculpée de toute responsabilité, suffit à atténuer cette responsabilité dans une très large mesure.

Conclusions. — 1° M[me] B... est affectée d'hystérie. La maladie chez elle est nettement caractérisée, et les symptômes en sont très accusés.

2° Les hystériques, au degré où l'est B..., peuvent devenir, entre les mains de quelqu'un qui voudrait abuser d'elles, et sous l'influence de la suggestion, un instrument passif, obéissant docilement (dans une certaine mesure toutefois) aux ordres qui lui sont donnés. Tel n'est pas le cas de B... qui a agi avec conscience et doit rendre compte de ses actes à la justice.

3° Toutefois l'inculpée est une malade, il doit être tenu compte de son instabilité mentale et des défaillances faciles et pathologiques de sa volonté. Bien qu'elle n'ait pas agi sous l'influence d'un mobile morbide, son état maladif l'ayant mise en situation d'être plus aisément influencée par les mauvais conseils, il y a lieu de considérer sa responsabilité comme très atténuée.

B... a été condamnée à huit mois de prison.

Neurasthénie.

La neurasthénie ou faiblesse nerveuse donne rarement lieu à des expertises médico-légales au point de vue criminel, tandis qu'au civil elle est, au contraire, la maladie pour laquelle la justice fait le plus fréquemment appel aux lumières du médecin neurologiste ou aliéniste à propos des accidents du travail ; il s'agit alors de sa variété traumatique.

La neurasthénie ne saurait entraîner l'irresponsabilité de celui qui en est atteint, mais dans maintes circonstances elle peut constituer une circonstance atténuante. Le symptôme le plus important au point de vue médico-légal chez le neurasthénique c'est la *faiblesse irritable*.

RAPPORT 9. — NEURASHTÉNIE

Inculpation de meurtre. — Faiblesse irritable. — Exaspération par des injures. — Coup de revolver ayant causé la mort. — Responsabilité atténuée. — Acquittement aux Assises.

De l'information résultent les faits suivants :

« R... est établi tailleur, dans une commune de la banlieue parisienne. Le 2 mars courant, vers une heure du soir, un cocher en état d'ivresse gesticulait en s'appuyant contre la devanture de sa boutique. R..., l'ayant aperçu est sorti, l'a poussé et fait tomber, puis est rentré chez lui. Deux cochers qui se trouvaient non loin de là se sont approchés et l'ont injurié en l'invitant à sortir. L'un d'eux nommé G... ayant mis son pied sur le seuil de la boutique de façon à empêcher de fermer la porte a continué à l'injurier. Alors R... s'armant d'un revolver a invité G... à se retirer, et sur son refus lui a tiré un coup de son arme l'atteignant au-dessous du sein droit. Des agents

prévenus ont arrêté R..., G... transporté à l'hôpital Beaujon y est mort peu après.

A l'instruction, R... a fait la déclaration suivante : « Exaspéré par les injures qui étaient prodiguées à ma femme et à moi-même j'ai pris tout à coup mon revolver qui se trouvait dans mon tiroir-caisse et je suis venu vers G... avec l'idée de le faire partir en l'intimidant. Je l'ai invité encore à plusieurs reprises à me laisser tranquille et à s'en aller; comme il n'en faisait rien, j'ai tiré sur lui un coup de mon revolver. Je n'avais évidemment pas l'intention de le blesser, mais je voulais plutôt l'effrayer. Je regrette l'acte que j'ai commis. Je suis atteint depuis longtemps d'une maladie de nerfs ; je suis parfois très surexcité et je ne sais plus ce que je fais ».

A l'appui de cette dernière déclaration, R... a produit deux certificats médicaux datés du 5 mars courant.

Dans le premier, M. le Dr Ricoux déclare ce qui suit : R... est d'un tempérament nerveux; très surexcité il y a deux ans à la suite d'un procès avec son propriétaire, il a présenté, depuis cette époque, des symptômes très accentués d'anémie cérébrable : troubles nerveux, bizarreries de caractère, tristesse, langueur, palpitations, syncopes, puis céphalalgies, insomnie, cauchemars, perte de mémoire. La dernière fois que je l'ai vu, le 9 février de la présente année, son aspect général était celui d'un neurasthénique à forme grave. Je considère l'acte commis par lui comme résultant de l'état cérébral décrit ci-dessus, alors qu'il venait de subir des excitations qui ont porté au paroxysme son état neurasthénique antérieur.

Dans le second certificat, M. le Dr Vignaud déclare avoir examiné R... le 22 janvier dernier et avoir constaté chez lui des signes évidents de dépression mentale et nerveuse : amnésie prononcée, sensation de fatigue surtout accusée le matin au réveil, tristesse, irascibilité, amaigrissement. M. Vignaud ajoute qu'il ne lui a pas été possible d'après cet unique examen d'affirmer la nature fonctionnelle ou organique de la maladie : neurasthénie pure ou au contraire début de méningo-encéphalite chronique interstitielle diffuse.

La femme de l'inculpé m'a fourni de son côté des renseignements qui peuvent se résumer ainsi :

« Je me suis mariée en secondes noces avec R... le 23 juillet 1893; dès les premiers temps mon mari s'est montré nerveux et irritable ; il avait des mouvements brusques, il dormait mal, il sautait dans le lit.

« Si son caractère est difficile, en revanche il est très sobre, bon et affectueux. Il est intelligent, quoiqu'ayant peu de mémoire, et connaît bien son métier de tailleur, mais il ne peut pas supporter la moindre observation de la part d'un client. Il y a deux ans il a eu avec notre propriétaire un procès qui l'a beaucoup tourmenté : depuis cette époque il est devenu encore plus nerveux et irritable. Malheureusement cet état de surexcitation a été entretenu par des disputes journalières avec des cochers. A côté de notre magasin se trouve un établissement de marchand de vin fréquenté par des cochers, en sorte que constamment des voitures stationnent devant notre porte. Mon mari s'en est plaint au commissaire de police et depuis ce moment les

cochers sont toujours après lui : ils se moquent de lui, le regardent en riant, lui lancent des quolibets et même des menaces. Sous l'influence de ces excitations et de ces menaces répétées, mon mari ne dormait plus, il s'imaginait que les cochers venaient le tuer, il entendait des bruits, des maisons qui tombaient, des murs qui s'écroulaient ; quand il était contrarié il ne savait plus ce qu'il faisait, c'est ainsi qu'un jour il s'est perdu dans Paris qu'il connaît cependant bien ; et le soir en rentrant à la maison il était très rouge, couvert de sueur, les yeux hors de la tête. Enfin depuis dix-huit mois il est devenu complètement impuissant; au début il croyait que cela ne durerait pas et il en riait mais ensuite il s'en est montré très affecté. Mon mari en somme est malade ; exaspéré par les insultes et les provocations du cocher, il n'a pas pu résister à la colère et a tiré dessus. »

R... est maigre et paraît mal portant, mais il est calme, lucide, exempt de délire, parle d'un ton posé et s'exprime en termes convenables. Sur l'état de sa santé il m'a fourni les renseignements suivants : il éprouve une faiblesse générale, une sorte d'anéantissement ; il sent toujours sur la tête quelque chose de lourd qui le serre, il lui semble porter un casque ; par instants il souffre tellement qu'il n'y voit plus clair. Il dort peu et mal. Le matin il souffre des reins ; il est tout courbaturé, plus fatigué que quand il s'est couché. Ces divers troubles de la santé qui ont débuté il y a plusieurs années se sont très accentués depuis quelques mois. En même temps son caractère a complètement changé ; il n'a plus aucune patience : à la moindre contrariété il s'irrite et se met en colère. Depuis un an il est devenu impuissant. De plus sa mémoire s'est très affaiblie ; il était obligé d'écrire tout ce qu'il avait à faire, et à chaque instant sa femme devait le lui rappeler. Il attribue les changements survenus dans sa santé et son caractère aux ennuis qu'il n'a cessé d'avoir depuis plusieurs années, d'abord avec son propriétaire, ensuite avec les cochers. Sur ce point R... confirme les renseignements fournis par sa femme. Enfin en ce qui concerne le meurtre qui lui est reproché il m'explique qu'il s'était retiré dans son magasin et que c'est seulement poussé à bout par les invectives du cocher qui l'empêchait en outre de fermer la porte, qu'il a saisi son revolver et l'a déchargé sur lui. Il regrette son acte mais sur le moment il était tellement exaspéré qu'il ne savait plus ce qu'il faisait.

En somme R... présente les symptômes de la maladie connue sous le nom de neurasthénie ou épuisement nerveux ; et chez lui comme chez la plupart des neurasthéniques, la faiblesse nerveuse s'accompagne d'une grande irritabilité. Mais il n'est point atteint pour cela d'aliénation mentale. M. le D[r] Vignaud avait pensé à la possibilité d'un début de méningo-encéphalite chronique interstitielle ou paralysie générale des aliénés, maladie à laquelle la neurasthénie aboutit en effet quelquefois ; mais on n'observe, au moins actuellement, aucun trouble soit du côté des facultés intellectuelles, soit du côté des pupilles, soit du côté de la parole permettant de poser un tel diagnostic. L'agitation et les frayeurs que R... manifeste parfois la nuit sous le coup des menaces qui lui ont été adressées à diverses reprises par les cochers ne suffi-

sent pas pour faire admettre l'existence d'un délire des persécutions ou d'une autre vésanie. R... n'est pas non plus un alcoolique, il n'existe chez lui aucun tremblement, aucun signe pouvant être rapporté à une telle intoxication ; il affirme, d'ailleurs, que depuis longtemps il ne boit que de l'eau, et ses affirmations sont confirmées par sa femme. Enfin j'ajoute qu'il ne présente pas de stigmates d'hystérie.

En tuant le cocher qui l'excitait depuis déjà un certain temps par ses invectives, il n'a point agi à la manière d'un fou, sous l'influence d'une idée délirante ou d'une hallucination, il n'a point frappé inconsciemment mû par une impulsion irrésistible comme un épileptique, il a simplement obéi à un mouvement de colère ; mais comme, en raison de la neurasthénie dont il est atteint, il est plus facilement irritable qu'un homme normal, moins capable de résister aux excitations venues du dehors, il est aussi moins coupable de s'être laissé aller à un acte de violence.

Conclusions. — 1° R... n'est pas atteint d'aliénation mentale ; on ne saurait par suite le considérer comme irresponsable du meurtre qu'il a commis.

2° Mais R... est atteint de neurasthénie ; il existe chez lui un état de faiblesse irritable qui est de nature à lui concilier une large indulgence dans l'appréciation de l'acte qui l'amène devant la justice.

R... a comparu à l'audience du 6 juin 1902 de la Cour d'assises de la Seine présidée par M. le conseiller Espinasse. Il a exprimé les regrets les plus vifs. M. Trouard-Riolle substitut du procureur-général a soutenu l'accusation. Me Jean Boyer a présenté la défense. R... a été acquitté.

Alcoolisme.

L'alcool est un des plus puissants facteurs de la criminalité On peut dire sans exagération que dans les trois quarts des crimes contre les personnes il joue un rôle plus ou moins important.

Il nous faut examiner successivement : 1° l'*ivresse simple;* 2° l'*ivresse pathologique* ; 3° le *délire alcoolique* (aigu ou subaigu), contemporain de l'acte incriminé au contraire postérieur à lui ; 4° l'*alcoolisme chronique;* 5° la *dipsomanie.*

L'ivresse n'est pas une excuse légale, par conséquent celui qui commet un acte répréhensible sous l'influence d'un excès inusité de boissons alcooliques doit être considéré comme responsable de cet acte. Au contraire, un individu qui se rend coupable d'un crime ou d'un délit au cours d'un accès d'alcoolisme aigu ou subaigu provoqué par des excès répétés et prolongés est réputé irresponsable. Il y a quelque chose de choquant à voir de deux délinquants ou criminels excuser le plus ivrogne, et pourtant le médecin ne peut agir autrement car le délire alcooliqee est bien l'état de démence, prévu par la loi, au cours duquel il n'y a ni crime ni délit.

L'ivresse *pathologique* ou *compliquée*, c'est-à-dire celle qui est le résultat

de l'action de l'alcool sur un cerveau antérieurement malade, qui se complique de troubles morbides antérieurs, est de nature à faire conclure à une responsabilité atténuée. Il est par exemple des débiles qui présentent une susceptibilité toute particulière à l'égard de l'alcool, qui se grisent vite sous l'influence de doses très minimes d'alcool et chez qui l'ivresse se traduit par des troubles mentaux particulièrement graves ; ceux-là peuvent mériter une certaine indulgence quand ils viennent, étant ivres, à commettre des crimes ou des délits.

Nombre d'individus cherchent intentionnellement dans l'alcool l'appoint d'excitation qui leur permettra de commettre un crime prémédité. L'ivresse devient alors, pour ainsi dire, une circonstance aggravante.

Un buveur d'habitude privé brusquement d'alcool, peut être pris de délire alcoolique. C'est ainsi qu'on voit des inculpés mis en prison et de ce fait sevrés de leur excitant habituel présenter tous les symptômes d'un accès alcoolique subaigu. Un délire qui apparaît ainsi postérieurement à l'acte incriminé ne saurait excuser celui-ci.

Dans l'alcoolisme chronique, il se produit de l'affaiblissement des facultés mentales et de la volonté, de l'altération du sens moral, il y a une déchéance physique, intellectuelle et morale, qui suivant son degré peut atténuer ou faire disparaître la responsabilité.

La dipsomanie étant une impulsion irrésistible à boire entraîne tout naturellement l'irresponsabilité. Quand donc le médecin expert est chargé d'examiner un prévenu qui a commis une infraction sous l'influence de l'ivresse il doit rechercher si celle-ci n'est pas la conséquence d'un accès dipsomaniaque.

RAPPORT 10. — IVRESSE PATHOLOGIQUE OU COMPLIQUÉE RESPONSABILITÉ ATTÉNUÉE

Homme de trente-sept ans. — Tentative d'homicide volontaire. — Antécédents pathologiques héréditaires et personnels. — Habitude d'intempérance. — Ivresse pathologique. — Responsabilité atténuée. — Condamnation.

M. Désiré-Henri, âgé de trente-sept ans, exerce le métier d'homme de peine ; ses voisins le représentent comme un homme ayant des habitudes invétérées d'ivrognerie et devenant dangereux sous l'influence de l'alcool. Ils disent que « lors de ses accès il ne paraît pas avoir sa responsabilité entière » Il se serait frappé d'un coup de couteau il y a longtemps déjà. D'autre part sa mère se serait noyée sous le coup d'un accès d'aliénation mentale ; enfin sa sœur entrée à l'asile d'aliénées de Villejuif le 2 mars 1892 à l'âge de 32 ans, y est décédée le 14 mars 1893 d'accidents urémiques; elle était atteinte de débilité mentale et de mélancolie.

M..., vivait maritalement avec une nommée Joséphine X..., âgée de quarante-cinq ans, femme de ménage ; c'est sur elle qu'il a commis une tentative d'homicide volontaire. Voici comment les choses se seraient passées d'après la

victime : « M., a déclaré celle-ci, est un alcoolique, il boit de l'absinthe, et quand il a bu il devient comme fou; alors il nous menace notre fille et moi et nous sommes obligées de nous sauver parce qu'il ne sait plus ce qu'il fait.

« Le dimanche 11 décembre dernier, étant ivre, il est rentré vers une heure et demie de l'après midi et a demandé que je lui fasse du café. Je n'y ai pas consenti, alors il a voulu tuer mes chiens et me frapper. Ma fille étant intervenue, il lui a donné une gifle et un coup de poing dans l'estomac. Je suis allée requérir un agent, M..., m'a suivie en m'insultant et les agents l'ont arrêté pour ivresse. Le soir on l'a relâché et il est venu à la maison mais je n'ai pas voulu le recevoir. Il est parti en emportant ses deux couteaux sans dire pourquoi il les prenait.

« Le lendemain lundi 12, à midi, il est revenu me demander de lui faire du café. Il était encore ivre. Je lui ai dit que si j'avais de l'argent c'était pour moi et pour ma fille mais non pour lui. Il est parti; vers cinq heures il est encore revenu frapper à la porte; je ne lui ai pas ouvert.

« Un quart d'heure plus tard, environ, n'entendant plus M..., et le croyant parti, je suis sortie pour aller chercher des pommes de terre. Il était sur le carré. Je ne sais pas s'il m'attendait, en tout cas il m'a fait rentrer dans la chambre et m'a demandé s'il pourrait coucher à la maison le soir. Je lui ai répondu que non. Il s'est alors placé devant la porte et a ouvert son couteau. Par deux fois il m'a dit : « Alors je ne coucherai pas ici ? ». Par deux fois je lui ai répondu : « non » et en même temps j'ai essayé de gagner la porte pour me sauver. Il m'a alors porté un coup de couteau au côté gauche. J'ai essayé de le désarmer, il m'a porté un autre coup à la figure. J'ai pu enfin me sauver, j'ai requis les agents, nous sommes revenus à la maison; M..., était couché à terre son couteau ouvert à côté de lui. Il s'était porté un coup à la poitrine. Je ne sais si c'est le coup qu'il s'est porté ou l'ivresse qui l'avait fait tomber à terre, en tout cas il ne pouvait prononcer une parole. »

Les blessures que M... s'était faites n'ont pas eu de suite ; celles de sa victime, d'après le rapport de M. le Dr Socquet, ont entraîné une incapacité absolue de travail de quinze jours.

Tels sont les faits qui amènent M... devant la justice.

Depuis son arrivée à la prison de la Santé, il ne s'est livré à aucun acte extravagant, n'a tenu aucun propos déraisonnable, en un mot rien dans sa conduite n'a donné à penser qu'il pouvait être atteint de troubles cérébraux. Aux diverses visites que je lui ai faites je l'ai trouvé parfaitement calme et lucide, exempt de tout délire. C'est d'un ton posé, et en termes convenables, qu'il a toujours répondu à mes questions.

En ce qui concerne sa famille il ne sait rien de ses grands-parents, il me confirme le renseignement recueilli par la police sur la mort de sa mère ; il me déclare que son père buvait pas mal et qu'il « est mort de sa belle mort, » que sa sœur « Titine » a eu des convulsions ; qu'elle a les yeux tournés et qu'elle est sujette à des maux de tête ; » qu'une autre sœur est décédée à l'asile de Villejuif.

Sur lui-même il me fournit les renseignements suivants : Dans la première

enfance il a eu des convulsions mais depuis il n'a jamais été atteint d'aucune maladie grave ; il ne sait ni lire ni écrire, il a cependant fréquenté l'école mais il n'y a rien appris « comme sa sœur Titine il ne peut faire aucun travail de tête ».

Il avoue « boire de trop » mais il s'empresse d'ajouter qu'il n'est pas aussi ivrogne qu'on veut bien le dire. Il se plaint d'avoir de fréquents maux de tête et des étourdissements ; il est obligé de reconnaître que ces troubles se produisent quand il boit, surtout quand il prend de l'absinthe. Son sommeil était, dit-il, et est encore troublé par des cauchemars, il rêve qu'il tombe dans un précipice, il voit des animaux qui courent après lui. Enfin il aurait fait autrefois deux tentatives de suicide : il y a six ans il se serait donné un coup de couteau ; il y a plus longtemps encore, il aurait essayé de se pendre.

Que faut-il penser de ces assertions ? Elles me paraissent très sincères. Tout ce que M... dit avoir éprouvé s'observe communément, en effet, chez les buveurs d'habitude, au cours des excès alcooliques et même pendant un certain temps après la cessation de ceux-ci. Intempérant, M... a présenté les troubles de la santé qui sont le cortège habituel de l'ivrognerie, mais à aucun moment il n'est arrivé, semble-t-il, aux accidents aigus ou même subaigus de l'intoxication alcoolique, jamais il n'a déliré, jamais, en un mot, il n'a été atteint de folie alcoolique.

Au moment de mon examen, l'imprégnation alcoolique ne se révèle plus par aucun signe appréciable ; on n'observe point cette paresse cérébrale habituelle dans l'alcoolisme chronique, il n'existe aucun trouble de la sensibilité, soit générale soit spéciale, aucun trouble de la motilité ; pas même le léger tremblement des doigts et de la langue qui persiste parfois très longtemps chez les buveurs, alors même qu'ils sont sevrés de toute boisson alcoolique. J'ajoute qu'on ne trouve aucun stigmate d'hystérie, aucun symptôme pouvant être rapporté à une maladie du système nerveux ; que rien dans le passé de l'inculpé ne peut le faire supposer atteint d'épilepsie. A noter seulement une déviation de l'œil gauche (strabisme convergent) reliquat des convulsions de la première enfance.

Interrogé sur les faits qui lui sont reprochés, M... me fait le récit suivant : « Le lundi matin, j'étais sorti pour chercher de l'ouvrage, et n'en ayant pas trouvé, je me suis amusé à boire avec des camarades, puis je suis retourné à la maison vers midi. La veille on s'était déjà attrapé à cause de la gosse. J'ai demandé à ma femme du café, elle n'a pas voulu m'en donner, je suis donc parti. Je suis revenu le soir, j'avais pris de l'absinthe et, quand j'en ai bu, je ne me connais pas, je suis plutôt fou que saoul. Nous nous sommes encore disputés, il s'est trouvé un couteau sous ma main et j'en ai frappé ma femme ; ensuite, je me suis senti frappé à mon tour, est-ce moi, est-ce elle, je n'en sais rien. Je n'ai repris connaissance que le lendemain à midi à l'hospice. Pour moi, il n'y a que ma femme qui peut dire comment ça s'est passé ».

Le récit de l'inculpé diffère sensiblement, on le voit, de celui de sa victime. Au point de vue médical, les seuls points qu'il importe de retenir sont

les suivants : M... surexcité par la boisson, s'est disputé avec sa maîtresse, il s'est mis en colère, il a frappé, il s'est frappé ensuite. Eh bien, dans la succession de ces faits, je ne puis rien voir de plus qu'une scène d'ivresse brutale et agressive. M... était ivre, non pas de cette ivresse lourde qui écrase l'individu, lui brise les forces et le fait tituber, mais de cette ivresse qui se traduit par de l'excitation, rend l'individu bruyant, querelleur, agressif et le pousse aux plus extrêmes violences en cas de résistance. La tentative de suicide reconnaît la même cause que la tentative d'homicide : l'ivresse. Cela est si vrai que L... ne l'a pas renouvelée depuis ; rien n'est plus commun, d'ailleurs, que de voir des ivrognes essayer de mettre fin à leurs jours.

M... n'étant pas aliéné et l'ivresse n'étant pas une excuse légale, il semblerait qu'il ne me reste plus logiquement qu'à conclure à la responsabilité. Ma tâche n'est pourtant pas finie. Si, en effet, l'inculpé n'est pas aliéné, il n'est cependant pas absolument correct au point de vue cérébral ; il est d'ailleurs héréditairement prédisposé aux affections du cerveau. Une de ses sœurs est morte aliénée ; lui-même a présenté dans la première enfance, des accidents cérébraux qui se sont manifestés par des convulsions et qui ont laissé pour ainsi dire leur signature sous forme de strabisme. A l'école, il n'a rien pu apprendre ; quand il boit, il donne à tous l'impression d'un fou, plutôt que celle d'un homme simplement en état d'ivresse. Ce sont là des faits qu'on ne saurait négliger.

Quand un crime ou un délit a été commis dans un état d'ivresse simple, par un individu qui jouissait antérieurement d'une bonne santé cérébrale, il ne saurait être question ni d'irresponsabilité ni d'atténuation de la responsabilité ; mais, lorsqu'on se trouve en présence d'un individu ayant une organisation cérébrale défectueuse comme M..., il en est tout autrement. Chez ces individus, en effet, d'une part la résistance à l'alcool est moindre que chez les individus normaux ; et, d'autre part, l'ivresse prend des caractères particuliers, elle se traduit surtout par de l'excitation et des violences. C'est ce qu'on a appelé l'ivresse *compliquée* ou l'ivresse *pathologique ;* il y a donc dans la genèse du crime ou du délit une part à faire à l'intoxication alcoolique et une part à l'état cérébral antérieur. C'est en s'inspirant de ces données qu'il faut juger la conduite de M...

Conclusions : 1° M... n'est pas atteint d'aliénation mentale ;

2° L'acte dont il est inculpé paraît avoir été accompli sous l'influence de l'ivresse et de la colère ; il doit donc en rendre compte à la justice ;

3° Une sœur de M... est morte aliénée, lui-même a présenté des accidents cérébraux daus l'enfance ; ce sont là des circonstances de nature à lui concilier une certaine indulgence.

La Chambre des mises en accusation a transformé l'inculpation de tentative d'homicide volontaire en celle de coups et blessures ; M... en conséquence a comparu devant la 10e chambre correctionnelle qui l'a condamné à six mois de prison.

RAPPORT 11. — ALCOOLISME CHRONIQUE. — IRRESPONSABILITÉ

Femme quarante-sept ans. — Nombreuses condamnations pour ivresse. — Prévention d'outrages, bris de clôture, ivresse. — Démence alcoolique. — Irresponsabilité. — Internement.

T... a été arrêtée à une heure du matin, dans les circontances suivantes : Elle était en état d'ivresse et faisait du scandale sur la terrasse d'un café, boulevard Sébastopol. Le patron de l'établissement l'ayant invitée à s'éloigner, elle s'est emparée d'une chaise, l'a lancée contre la devanture et a ainsi brisé une glace. Pendant que les agents la conduisaient au poste, elle les a injuriés, elle leur a dit qu'ils faisaient un métier de canailles.

T... a déjà encouru *vingt et une condamnations* pour ivresse, violences, outrages, rébellion, etc. C'est une buveuse d'habitude, chez qui l'abus prolongédes besoins alcooliques a fini par amener, des troubles cérébraux. Ses facultés intellectuelles, et particulièrement la mémoire, sont considérablement affaiblies, elle ne connaît ni le jour, ni le mois, ni l'année, elle ne sait pas son âge ; elle croit cependant se rappeler qu'elle est née en 1848. Elle est, en outre, dominée par des idées de persécution ; les agents de police avec lesquels elle a eu fréquemment maille à partir sont ses persécuteurs, elle les désigne sous le nom de : « Ces saloperies ! » Nuit et jour, dit-elle, ils sont acharnés après elle, même à Saint-Lazare, ils viennent la tourmenter, elle les voit très bien la nuit, ils lui parlent tout le temps, ils répètent des phrases comme celle-ci : « Vous sortirez, il faudra dire cela, il faudra dire ça, il faudra dire : la République ne tient pas, il faudra dire : il n'y a pas de dévotion ». Il y a fort longtemps que les agents lui en veulent, ils lui ont même escamoté une petite fille qu'elle avait mise au monde à Saint-Lazare il y a quelques années ; cette enfant n'est pas morte comme on le prétend. Si elle boit un verre, « ces saloperies » y mettent quelque chose qui lui vide la tête et la rend malade. Quand elle sort de prison, ils lui volent son argent, ses vêtements ; elle a beau changer de quartier, ils sont toujours après elle ; même à Saint-Lazare, ils viennent lui voler ses affaires ; mais, en sortant, elle va se venger, ce sera son dernier coup, elle se tuera après.

T... déclare qu'elle n'est pas folle, qu'elle n'est pas malade, elle manque seulement de sang, ce sont « ces saloperies » qui le lui retirent. Tout en causant, par moments elle se met à pleurer ou émaille son récit de cette interjection : « Ah, les saloperies ! ».

Interrogée sur les faits qui l'amènent devant la justice, elle ne conteste pas qu'elle a jeté une chaise contre une devanture; mais elle prétend qu'un garçon de café lui avait lancé de l'eau de Seltz; elle ajoute que si elle a insulté les agents, c'est que ces « saloperies » le méritent bien en raison de tout le mal qu'ils lui ont fait.

Au point de vue physique on constate chez T... des troubles de la sensibilité cutanée et un tremblement très marqué des maïns et de la langue. Les

artères sont athéromateuses, la vision est abolie depuis longtemps dans l'œil droit, l'ouïe est dure.

Conclusions : 1° T... est aliénée, elle est atteinte d'alcoolisme chronique caractérisé par de l'affaiblissement des facultés intellectuelles, des idées de persécution, des hallucinations de la vue et de l'ouïe, un tremblement très marqué des mains et de la langue.

2° T... ne saurait être considérée comme responsable de ses actes.

3° T... est une aliénée dangereuse pour elle-même, pour l'ordre public et la sécurité des personnes, il y a donc nécessité de l'interner dans un asile d'aliénées.

Conformément aux conclusions de ce rapport, T... a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu et a été placée dans un asile d'aliénées.

RAPPORT 12. — ALCOOLISME SUBAIGU. — IRRESPONSABILITÉ

Homme trente-cinq ans. — Quatorze comparutions en justice. — Un internement pour alcoolisme. — Inculpation de violences et voies de fait. — Alcoolisme subaigu. — Irresponsabilité. — Non-lieu. — Internement.

L... étant en état d'ivresse s'est présenté chez la concierge d'une maison d'où il avait été expulsé et lui a dit : « qu'il crèverait son mari. » Il avait à la main deux tranchets. Plusieurs fois déjà il avait adressé des menaces semblables. Il s'est livré sur la concierge à des violences et voies de fait.

L... passe pour un homme violent, un déséquilibré, un ivrogne, il a eu affaire quatorze fois en justice et a été interné pour alcoolisme à l'asile Saint-Anne, du 28 Août au 12 Octobre 1894.

D'après les renseignements qui me sont fournis par le personnel de la prison de Mazas, L... depuis son arrivée s'est fait remarquer par son agitation, il ne dort pas et demande constamment de l'absinthe et du rhum; on n'est parvenu à le conserver à la prison qu'en lui donnant des potions calmantes.

Il se présente à moi les vêtements et les cheveux en désordre, l'air abruti, tremblant de tout le corps, il me demande à boire disant qu'il a très soif, et en effet sa langue est sèche. Il se plaint d'avoir eu les oreilles et la figure mordues la nuit dernière par des souris, il assure que des hommes cachés dans la cheminée viennent le tirer par les pieds quand il va s'endormir. Dans la rue, tout le temps on courait après lui, il était toujours suivi de 30 ou 40 personnes qui criaient après lui, on l'appelait « le fou ».

Buveur d'habitude, L... est en somme en proie à un accès d'alcoolisme subaigu, il est en état d'aliénation mentale. On pourrait se demander si quand il a commis les actes qui lui sont reprochés, il était déjà atteint de folie alcoolique. A cette question on peut répondre nettement par l'affirmative. Il y a quatre jours, date du délit, L... était au début de son accès et il avait déjà les facultés mentales trop troublées pour avoir conscience de ses actes.

Conclusions. — L... est atteint d'alcoolisme subaigu caractérisé par de

l'agitation, de l'insomnie, des hallucinations de la vue et de l'ouïe, du tremblement. Dans cet état il ne saurait être considéré comme responsable de ses actes. Il y a lieu de le mettre à la disposition de l'autorité administrative qui pourvoira à son placement dans un asile d'aliénés.

L... a bénificié d'une ordonnance de non-lieu et a été interné.

RAPPORT 13. — DIPSOMANIE. — IRRESPONSABILITÉ

Impulsions irrésistibles à boire revenant par accès. — Inculpation d'ivresse et d'outrages aux agents. — Irresponsabilité. — Internement.

H... est âgé de vingt-sept ans et exerce la profession de publiciste, il a été arrêté dans la rue à 6 heures 50 du soir, il était en état d'ivresse, et injuriait un officier d'administration assis à la terrasse d'un café. Quand les agents ont voulu le conduire au poste, il leur a opposé une vive résistance et n'a cessé de les outrager.

Un de ses amis m'a donné les renseignements suivants :

H... ne recherche pas l'occasion de faire la fête, mais, de temps à autre, il est pris d'un besoin irrésistible de boire; une fois qu'il a ingurgité un premier verre d'alcool, il continue à boire jusqu'à « extinction des forces » et cela non pas dans des parties de plaisir avec des camarades, mais tout seul, chez lui; il boit parfois pendant quatre et cinq jours de suite et autant de nuits, presque sans manger ni dormir. Il y avait trois jours qu'il buvait quand on l'a arrêté. Il est le premier à regretter cette malheureuse passion qui éloigne de lui tous ses amis et qui apporte des entraves sérieuses à sa profession. Il fait des efforts pour être sobre : pendant quelque temps il s'abstient de toute boisson spiritueuse, puis un nouveau besoin d'alcool se fait sentir, et alors il est incapable de résister. Il avale quelquefois plus d'un litre de cognac dans une seule journée. Au cours de ses accès il devient dangereux; habituellement d'un caractère doux et placide, il se montre alors violent et agressif; ainsi un jour il a lancé une lampe à pétrole à la tête d'un ami pour lequel il a cependant une grande affection ».

A ma première visite à Mazas, je trouve H... assez calme et lucide, mais il est affecté d'un tremblement présentant les caractères du tremblement alcoolique et d'une intensité qui indique une intoxication alcoolique profonde. Il me confirme les renseignements donnés par son ami : « Je n'ai pas de goût, m'explique-t-il, à m'amuser et à faire la noce; quand je bois ce n'est pas par plaisir, mais parce que j'y suis poussé par un besoin auquel je ne puis résister, je ne prends pour ainsi dire que du cognac, je le bois à pleins verres; j'arrive ainsi à en absorber un litre et plus dans les vingt-quatre heures. La crise dure plusieurs jours et pendant tout ce temps je ne puis ni manger ni dormir. Je me promets toujours de me montrer plus fort, mais quand j'ai bu le premier verre, adieu mes résolutions. Ce n'est pas dans ma nature d'être violent et grossier, si donc j'ai outragé les agents, c'est que je ne savais plus ce que je faisais. Je n'ai d'ailleurs conservé aucun souvenir des faits qu'on me reproche ».

Ces renseignements, dont la sincérité ne me paraît pas pouvoir être mise en doute, prouvent que H... est un dipsomane : ce n'est pas un ivrogne qui boit chaque fois qu'il en trouve l'occasion, mais un malade qui s'enivre quand son accès le prend. La dipsomanie en effet est une véritable maladie mentale caractérisée par une impulsion irrésistible à prendre des boissons spiritueuses revenant par accès. On conçoit que la dipsomanie ait pour conséquence l'ivresse puis l'alcoolisme, c'est-à-dire l'empoisonnement par l'alcool. La dipsomanie, besoin irrésistible de boire, tyrannise le sujet qui en est atteint au point de lui faire perdre toute liberté morale.

H... boit parce qu'il ne peut pas ne pas boire ; il ne saurait donc être considéré comme responsable de s'être mis en état d'ivresse ; quand il est intoxiqué par une grande quantité d'alcool il perd tout naturellement la conscience de ses actes, il devient momentanément aliéné ; conséquemment on ne peut le considérer comme responsable des outrages aux agents, dont il s'est rendu coupable.

La folie impulsive, intermittente il est vrai, mais à accès rapprochés dont H... est atteint le rend dangereux pour lui-même, pour l'ordre public et la sécurité des personnes, il y a donc lieu de prendre contre lui des mesures de protection.

Conclusions. — 1° H... est un dipsomane, les actes dont il est inculpé sont la conséquence de la maladie dont il est atteint, il ne saurait donc en être rendu responsable ;

2° Il y a lieu de placer H... dans un asile d'aliénés.

H... a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu. Placé dans un asile d'aliénés par les soins de sa famille, il a ensuite été embarqué pour l'Amérique, son pays natal.

RAPPORT 14. — ACCÈS D'ALCOOLISME POSTÉRIEUR A L'EMPRISONNEMENT RESPONSABILITÉ

Homme trente-deux ans. — Inculpations de recel. — Habitudes d'intempérance. — Lucidité complète pendant le premier interrogatoire. — Quelques jours après l'emprisonnement, court accès d'alcoolisme subaigu produit par la privation brusque de toute boisson alcoolique. — Responsabilité. — Condamnation.

D... est inculpé d'avoir recélé une partie des objets provenant de l'appartement récemment dévalisé de M. Vaillant, député de la Seine. Il a déjà subi une condamnation à trois mois de prison pour abus de confiance en 1889. En 1895 il a encouru une nouvelle condamnation à huit mois de prison pour complicité de vol, il a subi sa peine à Mazas d'où il est sorti le 1er février de la présente année. Le 31 août dernier il a comparu devant M. le commissaire de police et à ce moment rien dans son attitude ou son langage ne pouvait faire soupçonner chez lui l'existence de troubles intellectuels ; il s'est au contraire défendu avec habileté et sang-froid. Mais, quelques jours après son emprisonnement, il a donné des signes non équivoques d'aliénation mentale,

aussi a-t-il été transféré de Mazas à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police.

Quand je me présente à l'Infirmerie, le 4 septembre, on m'y donne les renseignements suivants : « L'avant-dernière nuit, D... a été en proie à une grande agitation ; il paraissait halluciné, criait et appelait. La veille, l'agitation a continué quoique moins intense, mais aujourd'hui elle est à peu près dissipée ». En effet, je trouve D... calme et même un peu déprimé ; ses facultés intellectuelles paraissent légèrement obnubilées, il s'exprime avec une certaine difficulté, néanmoins il peut répondre convenablement aux questions que je lui pose. Il me raconte que ces jours derniers il avait des cauchemars, il voyait des insectes, des hannetons, des araignées qui faisaient de grandes toiles, il se voyait entouré de fils et essayait de les attraper sans pouvoir y parvenir. Il avoue commettre des excès de boisson et être sujet, depuis trois ans, à des pituites matinales. Il présente d'ailleurs le tremblement très marqué des mains et de la langue qu'on observe chez les buveurs d'habitude.

Interrogé sur les faits qui lui sont reprochés, D... les nie catégoriquement. « On m'accuse d'avoir fait du recel, déclare-t-il, c'est absolument faux, je ne sais pas ce que l'on veut dire ; je suis tourneur sur bois et je vis honorablement de mon métier. »

Le 10 septembre, D... ne présentant plus aucun trouble cérébral est transféré de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police à la prison Mazas. Je l'y vois le lendemain. Je le trouve beaucoup mieux qu'à ma précédente visite. Sa physionomie est plus éveillée, il s'exprime avec plus de facilité, son tremblement a considérablement diminué ; il prétend cependant avoir encore quelques cauchemars. Très calme, très maître de lui, il repousse énergiquement les inculpations qui pèsent sur lui, il assure avoir indiqué la provenance de tous les objets saisis chez lui, n'avoir rien recélé et ne connaître même aucun des voleurs.

Il me donne sur ses antécédents les renseignements qui suivent : il est enfant naturel et n'a pas connu son père ; sa mère est morte en 1885 alors qu'il était au service militaire, elle buvait un peu et a succombé à une maladie de poitrine ; il a un frère qui, quoique bossu, est bien portant. Il n'a jamais été malade, il souffre seulement un peu de l'estomac de temps à autre, il reconnaît d'ailleurs à nouveau qu'il est loin d'être sobre : il boit tous les jours plusieurs absinthes sans compter le vin.

Des faits observés il résulte que D... vient d'avoir un accès d'alcoolisme subaigu. Or, au moment de sa comparution devant le commissaire de police, il ne présentait aucun signe d'aliénation mentale. Comment expliquer ces troubles intellectuels survenus postérieurement à l'arrestation ? L'explication est bien simple. Chez les buveurs invétérés, si, par une circonstance quelconque, les habitudes alcooliques sont brusquement interrompues, et surtout si une maladie, une émotion vive, viennent ébranler profondément l'organisme, le délire alcoolique éclate tout à coup. Et c'est ainsi qu'on voit des inculpés qui, aux premiers interrogatoires, avaient semblé sains d'esprit, présenter des troubles mentaux après deux ou trois jours de détention. Ces

accès de folie, dont l'origine alcoolique n'est pas douteuse, sont d'ailleurs transitoires.

D... arrêté et conduit en prison, non seulement a été privé brusquement de la dose d'alcool qu'il boit tous les jours, mais de plus, des préoccupations bien légitimes sont venues envahir son esprit; sous cette double influence il a eu un court accès de délire.

Au point de vue de la responsabilité, il est à peine besoin d'ajouter que les actes incriminés ayant été commis par D... avant l'explosion de l'accès transitoire de délire, il ne saurait être dispensé d'en rendre compte à la justice. Ces actes d'ailleurs examinés en eux-mêmes ne présentent nullement un caractère pathologique : C'est là un fait de toute évidence.

Conclusions. — 1° D... est un buveur d'habitude. Sous l'influence de la suppression brusque de son excitant de tous les jours, il a été pris, après son arrestation, d'un accès transitoire de délire alcoolique ;

2° D... est aujourd'hui guéri et en état de comparaître en justice ;

3° L'accès d'alcoolisme ayant éclaté postérieurement à la perpétration des actes qui lui sont reprochés, D... ne saurait être dispensé d'en rendre compte à la justice.

4° Les actes incriminés n'ont d'ailleurs nullement un cachet pathologique.

D... a comparu devant la Cour d'Assises de la Seine et a été condamné à trois ans de prison.

Morphinisme [1].

L'ivresse due à l'absorption de la morphine s'accompagne d'une excitation intellectuelle, d'une obnubilation du sens moral et du jugement qui peuvent conduire à des actes délictueux. Si l'auteur de l'acte délictueux a été morphinisé par un médecin dans un but thérapeutique il ne saurait évidemment être déclaré responsable; si au contraire il s'est mis volontairement en état d'ivresse morphinique il doit être assimilé à l'homme qui s'est grisé volontairement avec de l'alcool et être déclaré responsable. Mais l'ivresse morphinique bien plus souvent que l'ivresse alcoolique est une ivresse pathologique, c'est-à-dire compliquée d'un état maladif antérieur : dégénérescence mentale, prédisposition héréditaire, et surtout hystérie; elle doit donc entraîner une atténuation de la responsabilité. L'individu qui se serait mis volontairement en état d'ivresse morphinique pour y trouver la force de commettre l'acte délictueux ne serait pas comme le précédent digne d'indulgence.

Les morphinisés chroniques ont un état mental analogue à celui des alcooliques chroniques et sont passibles des mêmes remarques au point de vue de la responsabilité.

Le morphinomane en état de besoin peut entrer dans un état de fureur dangereuse pour ceux qui lui refusent sa piqûre, il est capable de tout faire

[1] Chambard. Les morphinomanes, Étude clinique médico-légale et thérapeutique.

pour se procurer de la morphine. Pichon[1] rapporte l'histoire d'une femme qui en arriva à se prostituer pour se procurer l'argent nécessaire à satisfaire sa passion et qui lui fit cet aveu : « j'aurais tué quelqu'un si ce meurtre m'eût procuré une piqûre ». Un délinquant en pareil cas obéit évidemment à une force à laquelle il ne peut résister.

Chez les morphino-cocaïnomanes il se produit un délire psycho-sensoriel qui les rend dangereux et irresponsables à la manière des alcooliques hallucinés et persécutés.

RAPPORT 15. — INTOXICATION PAR LA MORPHINE ET LA COCAÏNE

Inculpation de filouterie d'aliments. — Morphino-cocaïomanie. — Affaiblissement du sens moral. — Atténuation de la responsabilité. — Non-lieu.

P... a été arrêté sur la réquisition d'un restaurateur dans l'établissement duquel il s'était présenté vers une heure du matin et avait fait une dépense de 36 francs qu'il avait déclaré ne pouvoir régler faute d'argent. Il avait envoyé cherché des fonds chez diverses personnes, mais n'avait pu en obtenir.

Il a reconnu les faits mais il a déclaré qu'il n'avait eu aucune intention coupable, qu'il comptait payer sa dépense avec de l'argent qu'il devait toucher le jour même.

Le beau-frère de l'inculpé a déclaré à l'instruction que celui-ci avait été autrefois dans un situation brillante, mais qu'étant devenu morphinomane, il avait tout compromis « par l'incohérence de ses idées et de sa conduite. »

Quand je vois l'inculpé à Mazas, pour la première fois, je le trouve déprimé physiquement et intellectuellement présentant la plupart des troubles de la santé qu'on observe chez les morphinomanes en état de besoin, c'est-à-dire chez les individus qui, ayant l'habitude de prendre de la morphine en ont été privés brusquement : Le teint est pâle, la peau couverte d'une sueur froide et visqueuse, le pouls est faible, irrégulier, dépressible, les extrémités sont froides; le malade éprouve une faiblesse générale, se plaint de douleurs abdominales accompagnées de diarrhée, d'une insomnie complète; enfin il a un appétit énorme. Sur la plus grande partie du corps, particulièrement à l'abdomen, il existe des cicatrices sans nombre provenant de piqûres faites à l'aide de la seringue de Pravaz.

A ma seconde visite, sept jours plus tard, les symptômes que je viens d'énumérer ont disparu; l'abattement physique et moral existe encore, mais à un degré bien moindre.

P... m'explique que, il y a deux ans et demi, au cours d'un rhumatisme très douloureux, il s'est mis à prendre de la morphine en injections et depuis il a toujours continué ; il y a un an et demi, il y a ajouté la cocaïne. Progressivement, il a augmenté les doses et en est arrivé à prendre jour-

[1] Pichon. Le morphinisme. Paris, 1889.

nellement en injections hypodermiques 1 gramme de morphine et 2 grammes de cocaïne. Sous l'influence de ces poisons sont survenus des troubles intellectuels dont il n'avait pas conscience alors, mais dont il se rend bien compte aujourd'hui : il était dominé par des idées de persécution, il avait des hallucinations de la vue, il voyait des trous dans les murs de sa chambre et se figurait que par là on l'épiait, on l'observait.

Ce que l'inculpé ne dit pas, mais ce que sa mère m'a confié, c'est qu'il était arrivé, sous l'influence de sa passion pour la morphine, à tomber dans une déchéance physique et surtout morale très prononcée. C'est là la règle chez les morphinomanes endurcis ; chez eux comme chez les alcooliques chroniques, on observe un affaiblissement du sens moral qui peut devenir le point de départ d'actes véritablement délictueux et criminels. C'est vraisemblablement là qu'il faut chercher la cause de l'acte dont P... est inculpé.

Au surplus, comme beaucoup de morphinomanes, P..., avant d'être un intoxiqué, était déjà un névropathe. C'est un homme fort intelligent, mais sa vie décousue montre bien que ses facultés intellectuelles, pour brillantes qu'elles aient été ont toujours manqué d'équilibre.

Conclusions : 1° P... a été atteint de morphino-cocaïomanie, il est aujourd'hui guéri (au moins provisoirement) grâce à la suppression brusque du poison d'habitude, conséquence de son emprisonnement ;

2° Au moment où il a commis les actes dont il est inculpé, P... était intoxiqué par la morphine et la cocaïne ; c'est-à-dire dans un état cérébral anormal. C'est là un fait qui est de nature à atténuer notablement sa responsabilité vis-à-vis de la loi pénale ;

P... a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu ; le restaurateur avait d'ailleurs été désintéressé par sa famille.

Éthéromanie.

L'éthéromanie se voit bien rarement chez les gens normaux, elle est presque toujours symptomatique d'un état morbide. L'éther produit une ivresse spéciale et à la longue un état analogue à celui de l'alcoolisme et du morphinisme chroniques.

RAPPORT 16. — ÉTHÉROMANIE

Six internements. — Hystérique, déséquilibrée, buvant de l'éther par accès. — Vol dans un grand magasin par vengeance. — Irresponsabilité. — Non-lieu. — Internement.

La veuve D... est une ancienne pensionnaire des asiles d'aliénés de la Seine où elle a été internée à six reprises depuis 1881. Tous les médecins qui l'ont examinée l'ont considérée comme une hystérique, une mal équilibrée. La plupart ont noté chez elle l'existence d'impulsions et particulièrement d'impulsions au suicide. Au mois d'août 1897, arrêtée pour vol dans un grand

magasin, elle fut examinée par M. le D[r] Dubuisson qui la déclara irresponsable et la fit interner pour la sixième fois, mais elle ne resta que quelques semaines à l'asile.

Telle l'ont vue plusieurs de mes collègues, telle elle est encore aujourd'hui. Tout de suite elle donne l'impression d'une mal équilibrée, versatile et fantasque. Au cours des diverses visites que je lui ai faites à la prison de Saint-Lazare, je l'ai vue en l'espace de quelques minutes pleurer abondamment et rire aux éclats pour pleurer de nouveau, puis de nouveau se mettre à rire. Elle me déclare tout d'abord qu'elle ne veut pas aller à Sainte-Anne, qu'elle n'est pas folle, qu'elle sait bien ce qu'elle fait. Elle se plaît beaucoup à Saint-Lazare et désire y rester ; d'ailleurs, affirme-t-elle, on a besoin d'elle, elle aide la bibliothécaire à faire son inventaire, elle ne peut pas quitter avant que ce travail soit fini, c'est-à-dire avant la fin de l'année. Elle parle avec une grande volubilité. Elle m'explique que quand elle s'ennuie, elle boit de l'éther pour se distraire et alors elle fait des bêtises. Depuis deux ans et demi, elle n'avait pas pris d'éther, ce qui est beau, fait-elle remarquer : mais après avoir passé toute la durée de l'Exposition en compagnie, elle s'est trouvée toute seule, alors elle s'est ennuyée et a été prise de l'envie de boire de l'éther pour se consoler. Comme d'habitude, elle a commencé à en prendre un petit verre le soir, puis elle a augmenté la dose et est arrivée ainsi à en absorber une fiole de 125 grammes par jour. Quelquefois, elle ajoute du rhum à l'éther, alors c'est complet, dit-elle, mais habituellement, elle est très sobre, elle ne boit même pas de vin.

Le jour où on l'a arrêtée au Louvre, elle avait précisément bu un mélange de rhum et d'éther; elle a pris un coupon de soie, elle ne sait pas si elle voulait l'emporter ou seulement le regarder, à peine l'avait-elle dans la main qu'un inspecteur est survenu et l'a fait arrêter. Ce n'est pas pour se servir des objets, qu'elle vole, mais parce qu'elle en veut à ces magasins de l'avoir fait arrêter en 1897, elle a envie de taper sur les employés, de leur faire toutes sortes de niches, elle leur en veut à mort.

En somme, d'après les renseignements qu'elle donne, renseignements qui, je dois le dire, me paraissent très sincères, B. ne boirait de l'éther que par intervalles, par accès, à la manière des dipsomanes qui s'enivrent avec des boissons spiritueuses seulement quand leur accès revient. On ne peut donc voir dans ces abus d'éther un acte volontaire mais une impulsion pathologique, manifestation d'un état de déséquilibration cérébrale très accentuée. Il est bien certain qu'une fois intoxiquée par l'éther, l'inculpée n'a plus qu'une conscience très imparfaite de ce qu'elle fait et que dans ces moments on ne saurait la considérer comme responsable de ses actes.

En dehors de ces impulsions intermittentes, B... reste à l'état permanent une déséquilibrée, une hystérique chez laquelle la maladie s'affirme par un stigmate permanent d'une haute valeur clinique, une hémianesthésie complète.

Conclusions. 1° Depuis 1881 la Veuve D... a été internée six fois dans les asiles d'aliénées de la Seine. C'est une hystérique, une mal équilibrée sujette

à des impulsions; par accès elle est poussée à boire de l'éther en grande quantité et quand elle est intoxiquée par cette substance, elle n'a plus qu'une conscience très incomplète de ses actes.

2° C'est très vraisemblablement sous l'influence d'une intoxication par l'éther qu'elle a commis les actes qui lui sont reprochés, elle ne saurait donc en être rendue responsable.

3° B... est encore très exaltée et ne saurait être remise en liberté sans danger pour elle-même et pour l'ordre public, il y a donc nécessité de la placer de nouveau dans un asile d'aliénées.

Conformément aux conclusions de ce rapport, la veuve D... a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu et a été placée dans un asile d'aliénées.

Infirmités congénitales.

L'*idiotie* et l'*imbécillité* bien caractérisées, entraînent l'irresponsabilité : sur ce point pas de difficulté ; mais, les états de faiblesse intellectuelle native moins prononcée sont d'une appréciation beaucoup plus délicate, il est impossible de leur appliquer un criterium. C'est dans ces cas que la théorie de la responsabilité atténuée trouve une de ses principales applications. La mesure de l'insuffisance mentale devrait être celle de l'atténuation, malheureusement il n'existe pas de *phrénomètre,* et le médecin ne pouvant par suite mesurer mathématiquement le niveau intellectuel doit s'en tenir dans son appréciation aux formules, forcément un peu vagues, que nous avons indiquées en parlant de la responsabilité au point de vue général.

RAPPORT 17. — IDIOTIE. — IRRESPONSABILITÉ

Jeune homme de quinze ans. — Inculpation d'outrage public à la pudeur : masturbation dans un jardin public. — Idiotie. — Irresponsabilité. — Internement.

S... a été surpris en train de se masturber en plein jour sur un banc au Jardin des Plantes. Il était en compagnie d'un autre jeune homme qui a pris la fuite.

La face large et plate, les lèvres épaisses et proéminentes, les narines pleines de mucosités, S... a l'air d'un idiot. Il n'est pas besoin d'un bien long examen pour se rendre compte que l'état de ses facultés intellectuelles est en rapport avec son aspect physique.

Il est incapable de dire son âge, d'indiquer, même approximativement, la date de sa naissance. Je lui demande s'il sait dans quelle maison il se trouve, il me répond : « Je me rappelle pas », puis il tend la main et me dit en riant : « Par là il y a des voleurs. »

Je poursuis ainsi mon interrogatoire :

D. — Quel est votre métier ? Que faites-vous ?

R. — Je fais rien.

D. — Comment gagnez-vous votre vie ?

R. — Je sais pas.

D. — Que fait votre père ?

R. — Il vend des chaussettes.

D. — Pourquoi vous a-t-on mis en prison ?

R. — Je sais pas.

D. — Qu'est-ce que vous avez fait au Jardin des Plantes ?

R. — C'est un gosse qui a touché ma bite.

S... déclare, d'ailleurs, qu'il se trouve bien ici, la soupe est très bonne, il est content, son papa lui a promis de le conduire à la campagne, il regardera les chevaux et la charrue.

Au dire des gardiens de la Petite Roquette, S... est très malpropre : il mange gloutonnement, il laisse échapper son urine et ses matières fécales.

M. S... père, qui paraît un homme d'une intelligence moyenne, me donne sur son fils les renseignements suivants : Il n'a commencé à parler qu'à quatre ans ; vers neuf ans on l'a mis à l'école, on n'a pas tardé à le renvoyer en raison de sa malpropreté. Cependant, par complaisance, et sur des sollicitations pressantes, on l'a repris et gardé jusqu'à treize ans ; on n'a rien pu lui apprendre. Il est doux, craintif, obéissant, mais incapable de tout travail, de toute occupation. Il est l'aîné de quatre enfants, les trois autres sont intelligents. Sa mère est également intelligente, mais des deux frères de celle-ci, un est mort idiot, l'autre est imbécile.

M. S... me déclare que sa femme et lui quittant leur domicile dès le matin pour vaquer à leurs occupations et ne rentrant que le soir, l'enfant reste, par suite, abandonné à lui-même toute la journée ; il désirerait donc qu'on le plaçât dans un établissement quelconque,

En résumé, S... est atteint d'idiotie. Or, l'idiot est un infirme ; frappé dès sa naissance dans les organes de l'intelligence, et fatalement incapable d'un acte réfléchi, il est, par suite, complètement et toujours irresponsable.

Conclusions : 1° S... est atteint d'idiotie et par conséquent irresponsable de l'outrage public à la pudeur dont il est inculpé ;

2° La famille de S... ne pouvant lui donner la surveillance dont il a besoin, il y a lieu de le placer dans un établissement consacré aux idiots.

S... a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu et a été placé dans un asile d'aliénés.

RAPPORT 18. — IMBÉCILLITÉ

Fille, dix-huit ans. — Entraînée dans une baraque par des jeunes gens qui ont abusé d'elle. — Arrêtée comme vagabonde. — Imbécillité. — Irresponsabilité. — Internement.

Un soir, à la foire de Vaugirard où elle rôdait depuis plusieurs jours, O. s'est endormie sur un banc. Vers quatre heures du matin, deux jeunes gens l'ont

emmenée et ont pénétré avec elle dans une baraque foraine. Là ils ont abusé d'elle. Le patron de la baraque a prévenu les agents, mais quand ceux-ci sont arrivés, O... était seule, les deux jeunes gens avaient pris la fuite.

O... a un développement physique médiocre, et il n'est pas nécessaire d'un long interrogatoire pour se rendre compte que ses facultés intellectuelles, sont encore moins développées, sont tout à fait rudimentaires. Elle est incapable de fournir sur elle et sur sa famille, des renseignements quelque peu précis. Elle ne peut indiquer la date de sa naissance, elle ne connaît ni le jour, ni le mois, ni l'année. Elle déclare que ses parents habitent aux Gobelins, mais elle ne peut préciser davantage. Si j'insiste, elle répond : A Paris ! à Paris ! à Paris ! Elle manque de discernement et de sens moral. Ainsi, elle raconte en riant qu'elle a quitté ses parents il y a longtemps ; que ceux-ci l'ont mise dehors parce qu'elle faisait des bêtises et ne voulait pas rester. Je lui demande pourquoi elle ne voulait pas rester. Elle me répond d'abord : « Sais pas ! sais pas ! » Puis elle ajoute qu'elle aime bien traîner dans les rues ; qu'elle couchait souvent dehors ; qu'elle allait un petit peu avec les jeunes gens, mais pas beaucoup, qu'hier elle en a connu trois.

Elle ne possède sur toutes choses que des notions très bornées. Elle ne connaît aucun métier, elle n'a aucune instruction, elle ne sait ni lire ni écrire, elle assure pourtant qu'elle est restée à l'école jusqu'à quinze ans, et elle ajoute : « Je suis pas bête du tout. » La bonne opinion qu'elle a d'elle-même montre qu'elle ne se rend nullement compte de son infériorité mentale. Elle a la vanité des imbéciles.

Conclusions : 1° O... est atteinte d'imbécillité ;

2° Elle ne saurait être considérée comme responsable de ses actes ;

3° Elle est incapable de se diriger et de pourvoir à son existence ; elle a besoin d'être protégée et défendue ; il y a donc nécessité de l'interner dans un asile d'aliénées.

Conformément aux conclusions de ce rapport, O... a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu, et a été placée dans un asile d'aliénées.

RAPPORT 19. — DÉBILITÉ MENTALE. — OUTRAGE PUBLIC A LA PUDEUR RESPONSABILITÉ ATTÉNUÉE

Jeune homme vingt-et-un ans. — Inculpation d'outrage public à la pudeur ayant plutôt le caractère d'une gaminerie : attouchements sur un homme au milieu de la foule. — Débilité mentale. — Léger excès alcoolique. — Responsabilité atténuée.

Les cheveux blonds, le teint rose, l'air efféminé, la physionomie un peu niaise. L... est âgé de vingt-et-un ans. Il allait partir bientôt pour le service militaire quand, le 29 octobre dernier, il a été arrêté aux Champs-Élysées sur la réquisition d'un M. M... âgé de vingt-six ans, qui a fait la déclaration suivante :

« Vers trois heures j'étais arrêté avec mon enfant devant le théâtre Gui-

gnol lorsque j'ai senti des attouchements entre les jambes. Je n'y ai d'abord pas attaché d'importance, mais au bout d'un moment, voyant que ces attouchements continuaient, je me suis retourné et j'ai aperçu derrière moi un jeune homme que je ne connaissais pas. Je n'ai encore rien dit, il a continué son manège en accentuant ses attouchements et en essayant de passer la main jusqu'aux parties ; en même temps il m'a pincé la cuisse. Comprenant alors à qui j'avais affaire, je me suis retourné brusquement et je lui ai appliqué deux coups de poing sur la figure. Il a pris la fuite sans rien dire, je me suis mis à sa poursuite et l'ai rattrapé quelques pas plus loin. Un garde est intervenu à ce moment et je l'ai remis entre ses mains. »

L... reconnaît les faits, mais il prétend qu'au moment où il les a commis il n'avait pas bien la tête à lui : ayant déjeuné avec des camarades il avait trop bu et trop fumé. Il a pincé ce Monsieur « pour voir si ça lui ferait comme à une femme ». C'est une idée qui lui a pris comme ça. En prononçant ces paroles l'inculpé sourit comme un enfant qui aurait joué un bon tour.

Mme M... me donne sur son fils les renseignements suivants : c'est un véritable gamin, pas méchant, sans initiative, sans volonté, doux et obéissant comme une jeune fille, jamais à la maison il n'a bu un verre de vin pur, jamais il ne fume, tous les soirs vers neuf heures il est couché. Il est allé à l'école jusqu'à l'âge de quinze ans, mais il apprenait très difficilement et il a fallu pour lui faire obtenir son brevet élémentaire lui donner un répétiteur. Il ne gagne presque rien, passe la plus grande partie de son temps à dessiner ou à lire des livres à l'usage des enfants et quand il a quelques sous, s'empresse d'acheter des friandises. Il est très timide et pour qu'il ait osé commettre l'acte qu'on lui reproche il fallait bien que contre son habitude il ait bu et fumé.

Les renseignements de police concordent avec les déclarations de Mme L...

Il est évident, en effet, que l'inculpé a un niveau mental peu élevé, ce n'est pas un imbécile, mais c'est un faible d'esprit et très probablement il a commis l'acte dont il est inculpé sous l'influence d'un excès inaccoutumé de boissons spiritueuses.

Conclusions. — L... est atteint de débilité mentale ; celle-ci sans être portée au point de lui enlever la conscience et par suite la responsabilité de ce qu'il fait, est cependant de nature à lui concilier une large indulgence de la justice dans l'appréciation de l'acte dont il est inculpé.

L... a été condamné à un mois de prison (24 novembre 1894).

Déséquilibrés : émotifs, impulsifs, excentriques, fous moraux.

Les individus que nous rangeons sous cette rubrique sont légion ; ils ont été décrits dans divers chapitres de ce Traité. En raison de leur diversité, ils ne se prêtent guère à des considérations générales au point de vue médico-

légal, la responsabilité chez eux est très variable, des exemples le montreront mieux que tout ce que nous pourrions dire.

RAPPORT 20. — DÉSÉQUILIBRATION MENTALE. — COUPS. — IRRESPONSABILITÉ

Jeune homme de dix-huit ans. — Inculpation de violences et voies de fait : Coups de revolver tirés sur des agents dans un poste sans motif. — Antécédents héréditaires. — Déséquilibration mentale. — Obsessions et impulsions. — Irresponsabilité. — Internement.

Le 24 mai, vers six heures du soir, C... entre brusquement dans le poste de police du quartier Gaillon, ferme la porte et, tirant de la poche de son pardessus un revolver, décharge un coup de son arme sur deux agents assis à à une table sans les atteindre. Les agents se précipitent sur lui, le maîtrisent et le désarment.

Quelques minutes plus tard le commissaire interroge C... et le trouve calme mais dans une attitude indiquant qu'il ne se rend pas bien compte de l'acte qu'il vient de commettre. L'arme dont il s'est servi est un revolver de 7 millimètres, à percussion centrale chargé de 6 coups ; une seule des balles a été tirée.

Devant M. le commissaire de police, puis devant M. le juge d'Instruction, C... a fourni les explications que voici :

« Je sortais du concert et je me rendais chez mon frère pour y dîner lorsque en passant devant le poste de police, l'idée m'est venue tout d'un coup de tirer sur quelqu'un. Je suis entré dans le poste comme je serais entré ailleurs; j'ai sorti mon revolver et j'ai fait feu. Si j'avais réfléchi, je n'aurais pas fait cela. Je ne peux pas m'expliquer pourquoi j'ai agi ainsi. Je n'étais pas surexcité par la boisson, je n'avais bu qu'un bock dans l'après-midi. Je ne suis pas anarchiste, je ne suis affilié à aucun groupe révolutionnaire, je ne me suis d'ailleurs jamais occupé de politique, je n'avais aucun motif d'en vouloir aux agents, n'ayant jamais eu de démêlés avec la police. Je comprends bien la gravité de mon acte et je le regrette. Je portais un revolver uniquement parce que j'habite un quartier désert et que souvent je rentre tard le soir ».

La mère de l'inculpé est atteinte d'eczéma, mais paraît correcte au point de vue cérébral ; elle m'a fourni les renseignements suivants :

« Mon mari contremaître dans une fabrique de perles, n'ayant plus d'ouvrage, est parti pour l'Amérique où il a contracté les fièvres, il en est revenu aussi pauvre qu'en partant mais avec des accidents cérébraux dont il a souffert pendant longtemps. Il était triste, irritable, causait peu et ne pouvait supporter la moindre observation, il se plaignait continuellement d'avoir les tempes serrées et de sentir comme un tire-bouchon s'enfonçant dans sa tête. Il est mort d'une maladie d'intestin. » C'est à l'époque où il était au plus fort de ses troubles mentaux qu'est né l'inculpé.

« Un oncle (le frère du père) a été frappé de paralysie (hémiplégie) vers cinquante-six ans et a succombé cinq ans plus tard.

« L'inculpé a une sœur et un frère. La sœur âgée de trente-cinq ans, mariée,

est extrêmement nerveuse ; à une époque elle avait des crises de larmes survenant sans motif. Le frère, âgé de trente ans, a eu la fièvre typhoïde à l'âge de dix-sept ans, depuis il est un peu « maboule » et commet parfois des actes bizarres ; ainsi l'année dernière il a quitté brusquement son domicile, laissant à sa mère, une lettre dans laquelle il lui disait : « Je pars tenter la fortune ; il s'est arrêté à Orléans et a repris le premier train pour Paris.

« L'inculpé est âgé de dix-huit ans; son enfance et son adolescence n'ont été marquées par aucune maladie grave. Après avoir fréquenté l'école primaire où il a obtenu son certificat d'études, il a complété son instruction chez les frères ; c'était un bon élève. A sa sortie de l'école il a travaillé pendant trois ans comme métreur chez un entrepreneur de maçonnerie ; en dernier lieu il était employé aux écritures dans une maison de commerce ; il avait été remercié à la fin du mois d'avril dernier et depuis n'avait pas d'ouvrage. Il habitait avec moi ; je gagnais seulement 1 fr. 50 par jour, aussi une grande gêne régnait-elle dans la maison. On dînait le plus souvent avec du pain et du fromage. C'était là un régime convenant bien mal à un jeune homme en pleine croissance. Mais mon fils souffrait surtout moralement d'être à ma charge, car il était très fier et plusieurs fois depuis qu'il était sans place il m'avait dit : « Si je me faisais arrêter ? Au moins je serais nourri en prison ». Un jour il avait même tenu ce propos : « Il est facile de se faire arrêter ; je n'ai qu'à aller trouver M. Lépine et à lui donner un soufflet ». Il était doux, gentil, obéissant, mais d'un caractère très inégal : un jour il se montrait d'une gaieté folle et le lendemain il était triste, on ne pouvait lui arracher une parole. Il n'avait que de bonnes fréquentations ; comme lectures il donnait la préférence aux récits de voyages et de chasses. En dernier lieu, il voulait partir pour l'étranger mais en était empêché par le manque d'argent. Ce n'est que tout récemment qu'il avait acheté un revolver avec 20 francs que lui avait donnés sa marraine ».

En somme, des renseignements qui précèdent, et que j'ai tout lieu de considérer comme exacts, il résulte ceci : C..., fils d'un père ayant présenté des troubles mentaux, a une sœur névropathe, et un frère fantasque, lui-même paraît mal équilibré, et à différentes reprises, a tenu des propos peu raisonnables.

Grand, mince, C.., a la tête mal conformée : le front est plus bas à droite qu'à gauche, la mâchoire inférieure fait saillie à droite, l'os de la pommette (os malaire) du côté gauche est aplati, la voûte palatine est nettement ogivale. Il n'existe aucun stigmate d'hystérie, aucun signe d'intoxication alcoolique. C,.. est lucide, calme, et même un peu déprimé

Interrogé sur les faits qui l'amènent devant la justice, il m'a fourni des explications identiques à celles qu'il avait données à M. le juge d'Instruction et à M. le commissaire de police : « Je ne sais pas pourquoi, m'a-t-il dit, je suis entré dans la poste tirer un coup de revolver ; c'est une idée qui m'est venue subitement. » Il a ajouté d'un air confus et avec des larmes dans les yeux, que parfois il a de drôles d'idées. Il ne m'a pas indiqué tout d'abord

qu'elles étaient ces idées, mais, pressé de me les faire connaître, il a fini par me dire : « Parfois, j'ai envie de donner des giffles aux passants, ou de tirer sur eux des coups de revolver, je ne sais pas comment expliquer ça ; d'autres fois, j'ai envie de me tuer, je ne sais pas au juste pourquoi. Dans ces derniers temps, il est vrai, j'étais ennuyé de ne pas avoir d'ouvrage, mais déjà avant, j'étais hanté par des idées de suicide. » C... m'a assuré que par contre, l'idée de tirer sur les agents lui est venue tout d'un coup, qu'il ne l'avait jamais eue antérieurement, qu'il n'a éprouvé aucune satisfaction de son acte, et qu'aujourd'hui il le regrette beaucoup.

De ces explications, certainement très sincères, il résulte que C... est sujet à des obsessions et surtout à des impulsions comme on en observe souvent chez les dégénérés de son espèce. Héréditairement taré, présentant de nombreux stigmates physiques de dégénérescence, son équilibre cérébral toujours imparfait, s'est rompu sous l'influence de privations et d'ennuis ; et c'est ainsi qu'il s'est laissé aller à cet acte, en somme absurde, qui l'amène devant la justice, acte de nature évidemment pathologique, dont il ne saurait être rendu responsable.

Conclusions : 1° Héréditairement prédisposé aux troubles mentaux, C... est un déséquilibré, sujet à des obsessions et des impulsions pathologiques ;

2° C'est sous l'influence d'une de ces impulsions qu'il a commis l'acte dont il est inculpé, il ne saurait donc en être rendu responsable ;

3° Les impulsions dont il est atteint le rendent dangeureux pour autrui et pour lui-même, il y a lieu, dans l'intérêt de la sûreté des personnes et dans son propre intérêt, de le placer dans un asile d'aliénés.

Conformément aux conclusions de ce rapport, C.., a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu et a été interné.

RAPPORT 21. — DÉSÉQUILIBRATION MENTALE. — VOL. — IRRESPONSABILITÉ

Femme. — Vols au Bon Marché. — Nosomanie. — Délire du toucher. — Phobies. — Impulsions variées. — Irresponsabilité. — Non-lieu.

La mère de Mme A.., est morte en lui donnant le jour ; son père, receveur des Contributions indirectes en retraite, est un homme tout à fait bizarre ; dans son pays, il passe pour « un toqué ». Mme A..., dès son enfance, a toujours été extrêmement nerveuse et maladive, aussi n'a-t-elle pu se livrer à des études suivies ; en pension, on lui laissait faire à peu près ce quelle voulait, car, à la moindre contrariété, elle avait des attaques de nerfs. A douze ans, elle a été prise de danse de Saint-Guy ou chorée ; elle faisait des contorsions affreuses et, par moments, ne pouvait plus proférer une parole poussant seulement des cris gutturaux ; pendant un an il a fallu l'habiller et la faire manger comme une enfant.

Dès les premiers temps de son mariage, M. A... s'est aperçu que sa femme donnait des signes de dérangement cérébral, bientôt, elle s'est livrée à des actes complètement absurdes qui ont rendu la vie commune presque impossible.

Vient-on à casser un objet quelconque en verre, Mme A... se met à crier et à pleurer ; pendant des heures, elle reste à genoux, cherchant toutes les parcelles de verre qui ont pu tomber ; pendant toute la journée, elle balaye la pièce où l'objet a été cassé ; si c'est au repas que le verre a été brisé, elle fait jeter par la fenêtre tous les aliments qui se trouvent sur la table : pain, beurre, viande, etc.

Elle a une peur horrible des poisons et se figure qu'il y en a partout ; vient-elle à voir une tache sur le parquet, elle pousse des gémissements, elle cherche tous les objets qui ont pu être en contact avec cette tache : chaussures, robes, manteaux, et les fait jeter dehors. Parfois, elle reste toute la journée sans robe et sans jupon, rien qu'avec un pantalon, et elle force sa bonne à en faire autant, toujours dans la crainte que les vêtements frôlent le plancher. Un linge a-t-il été en contact avec un meuble suspect, il faut le jeter, ainsi que tous les objets qui ont été touchés par ce linge.

Un hiver, elle s'est prise à craindre le contact de la cheminée et, malgré un froid rigoureux, elle a empêché de faire du feu. La bonne est partie, le mari est allé à l'hôtel pendant un mois et elle est restée seule à la maison ne voulant plus quitter le lit.

Un jour, elle s'imagine que son concierge a une maladie vénérienne, alors elle prend peur de tous les objets dont cet homme approche ; s'il apporte une lettre, elle lave la sonnette, puis se lave les mains avec du vinaigre pendant toute la journée ; par moments, elle ne veut plus ni descendre, ni monter les escaliers, de peur que sa robe frôle la rampe contaminée par le concierge.

Par intervalles, elle se rend compte que ses frayeurs sont insensées, elle en a honte, elle voudrait les surmonter, mais elle en est incapable. Tous les raisonnements qu'on peut lui tenir sont également impuissants à lui faire changer de conduite.

Elle est en outre dominée par des idées hypochondriaques, elle se figure être phtisique, elle a consulté successivement tous les médecins de Lyon parce qu'aucun ne veut lui dire qu'elle est poitrinaire. Un jour elle a imaginé pour être mieux renseignée sur l'état de sa santé de se faire assurer sur la vie ; le médecin de la Compagnie l'a examinée et, l'ayant trouvée en bon état de santé, a délivré un bulletin favorable ; elle est revenue en disant que ce médecin n'y entendait rien. Depuis sept ou huit ans elle répète qu'elle va mourir « aux feuilles tombantes ou à la pousse » et par moments elle ne veut plus s'occuper de quoi que ce soit, sous prétexte que sa mort est prochaine.

Venue à Paris passer quelques jours avec son mari, Mme A... s'est fait arrêter aux Magasins du Bon Marché au moment où elle venait de dérober plusieurs objets aux étalages. Une perquisition pratiquée à son domicile a amené la découverte d'une certaine quantité de marchandises également volées dans les magasins.

Mme A... présente un léger degré d'excitation intellectuelle et parle avec volubilité ; elle m'explique qu'elle a pris tous ces objets parce qu'ils lui fai-

saient envie, et qu'elle est très contente d'avoir été arrêtée parce que cela, dit-elle, aurait « dégénéré en monomanie ». Elle ne s'inquiète d'ailleurs nullement des conséquences que ces vols peuvent avoir pour elle, une seule chose la préoccupe : elle ne veut pas qu'on la prenne pour une folle et qu'on l'envoie dans un asile d'aliénées où on lui ferait subir un traitement contraire à son état de santé, elle préfère beaucoup aller en prison.

Au point de vue physique, Mme A... est assez bien développée, mais elle présente des stigmates d'hystérie notamment une anesthésie cutanée très prononcée.

En résumé Mme A... est une hystérique sujette à des impulsions morbides irrésistibles : les vols qu'elle a commis, comme la nosomanie et le délire du toucher dont elle est atteinte, ne sont que les manifestations diverses d'une seule et même cause : la déséquilibration mentale. Elle était aussi incapable de résister à la tentation de prendre des objets qu'elle désirait, qu'elle est incapable de ne pas accomplir les actes absurdes auxquels elle se livre, bien qu'elle ait le désir de ne pas les commettre et qu'elle se rende compte de leur absurdité.

De tout ce qui précède, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

Conclusions. — 1° Mme A... est une déséquilibrée avec troubles morbides variés ; elle ne saurait être considérée comme responsable des vols dont elle est inculpée.

2° Son état mental ne nécessite pas absolument, au moins pour le moment, son internement dans un asile d'aliénées, mais il y a lieu de recommander à M. A... d'exercer sur sa femme une surveillance efficace pour l'empêcher de se livrer de nouveau à des actes dommageables pour autrui.

Mme A... a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu et a été rendue à son mari.

RAPPORT 22. — ÉMOTIVITÉ MORBIDE. — TENTATIVE DE MEURTRE IRRESPONSABILITÉ

Fièvre typhoïde grave. — Deux tentatives de suicide. — Légère débilité mentale. — Emotivité morbide. — Craintes résultant de menaces reçues. — Rencontre des personnes ayant proféré les menaces. — Coup de revolver. — Inculpation de tentative de meurtre. — Indulgence. — Non-lieu.

Agé de dix-neuf ans V... est assez bien conformé, son front est, il est vrai, un peu étroit, sa voûte palatine légèrement ogivale, mais en somme il ne présente pas de stigmates bien nets de dégénérescence, d'ailleurs il ne paraît avoir aucun antécédent héréditaire. Quand je le vois à Mazas, il est calme, lucide, et m'explique ainsi les faits qui l'amènent devant la justice :

En 1893, il a été condamné pour vol à un an de prison ; ses complices lui ont reproché de les avoir dénoncés et lui ont promis de le tuer à sa sortie ; en raison de ces menaces, il s'est cru autorisé à porter un revolver. Le 1er juillet dernier, vers une heure du matin, il rentrait chez lui en com-

pagnie du fils de son patron, avec qui il avait passé la soirée, quand, rue Oberkampf, il a rencontré ses anciens complices ; se voyant entouré par eux il a été pris de frayeur et a fait feu de son revolver, mais en tirant en l'air. V... ajoute en pleurant, « qu'il regrette son action, mais que dans ce qu'il a fait il y avait un peu de peur et aussi un peu de boisson, car, dans la soirée, contrairement à son habitude, il avait bu quelques consommations et, sans être gris, il se trouvait un peu excité. »

Depuis son arrivée à Mazas, V... n'a fait l'objet d'aucune remarque particulière ; il n'a cessé d'être calme et de s'occuper régulièrement à coudre des agrafes.

Mme V.., m'a donné sur son fils les renseignements suivants : « A deux ans il a été atteint de convulsions qui ne paraissent pas avoir eu de suites fâcheuses, mais à dix ans, il a été frappé d'une fièvre typhoïde dont les conséquences ont été plus graves : il est resté cinq mois malade, il a eu un délire si violent qu'il fallait l'attacher; la convalescence a été longue et difficile ; depuis cette maladie, il a toujours eu le cerveau faible. Il est intelligent et habile dans son métier de mécanicien, mais il est impressionnable, émotif et poltron à l'excès. Doux, poli, obéissant, il ne répond jamais aux observations qu'on lui fait. D'un caractère triste et sombre, il sort peu et lit énormément ; il a manifesté nombre de fois des idées de suicide et, à deux reprises, il a essayé de se tuer : la première fois à l'âge de quatorze ans, à la suite d'une légère réprimande il s'est pendu avec un cache-nez, les voisins ont pu le décrocher à temps ; la seconde fois, il y a de cela trois mois, sur mon refus de lui acheter un vêtement neuf, il s'est pendu à l'espagnolette de la fenêtre à l'aide d'un foulard qui heureusement s'est rompu sous son poids. Depuis qu'il avait été menacé, il vivait dans des transes continuelles, et n'osait sortir seul craignant toujours de voir ses anciens complices mettre leurs menaces à exécution. »

Si les renseignements donnés par Mme V... sont exacts, comme j'ai tout lieu de le croire, ils prouvent que l'inculpé sans être un aliéné est en somme, dans une certaine mesure, un faible d'esprit, et surtout un émotif, c'est du reste l'impression qu'il m'a produite : l'expression de ses regrets a quelque chose d'enfantin, il se lamente et pleure, plus comme un écolier qui craint d'être puni, que comme un homme sous le coup d'une grave inculpation. Chez lui comme chez la plupart des déséquilibrés de son espèce, c'est moins dans les opérations intellectuelles que dans la conduite qu'éclate la faiblesse d'esprit ; il cause raisonnablement, mais il commet des actes peu réfléchis ; telles les deux tentatives de suicide qu'il a faites pour des motifs futiles.

Conclusions. — V... ne saurait être considéré comme un aliéné, c'est-à-dire comme un individu n'ayant aucune conscience de ses actes, mais il présente un certain degré de débilité mentale, une émotivité habituelle, exagérée par les menaces dont il avait été l'objet. Il y a lieu de tenir compte de ces faits dans l'appréciation des actes incriminés, ils sont de nature à lui concilier une certaine indulgence.

Conformément aux conclusions de ce rapport, V... dont le coup de revolver n'avait atteint personne, a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu.

Perversions génitales.

Il n'est pour ainsi dire pas d'outrage ou d'attentat aux mœurs qui ne puisse être mis aussi bien sur le compte d'un vice que sur celui d'une perversion vraiment pathologique. C'est dire qu'en pareille matière l'examen de l'acte, tout en ne devant pas être négligé, est accessoire et qu'il faut surtout s'attacher à l'examen du prévenu, scruter sa vie entière et faire porter ses investigations jusqu'aux divers membres de sa famille. Quand on aura affaire à un malade et non à un vicieux, on verra que, le plus souvent, la perversion du sens génital n'est pas un trouble isolé, mais fait partie d'un ensemble pathologique plus ou moins complexe.

RAPPORT 23. — PERVERSION DU SENS GÉNITAL. — OUTRAGE PUBLIC A LA PUDEUR IRRESPONSABILITÉ

Homme trente-quatre ans. — Antécédents héréditaires. — Grand-père masturbateur. — Impulsions irrésistibles, revenant par accès, de pratiquer l'onanisme en regardant une femme. — Inefficacité du mariage. — Autres obsessions. — Inculpation d'outrage public à la pudeur. — Irresponsabilité. — Non-lieu.

G... est âgé de trente-quatre ans, marié depuis deux ans il est père d'une petite fille d'un an; depuis quinze ans il fait partie d'une administration de l'Etat.

Le 28 janvier dernier, vers huit heures du matin, en quittant son service, après une séance de nuit de onze heures, il est entré dans une crèmerie et y a commis un outrage public à la pudeur dans des circonstances que fait connaître la déposition ci-dessous de la servante de l'établissement : « L'inculpé s'est assis à une table, et, se déboutonnant, a immédiatement sorti de son pantalon son membre viril. Il le tenait dans la main; j'ai eu l'air de ne pas y faire attention et je suis passée dans l'arrière-boutique. Je suis revenue peu d'instants après et je l'ai trouvé dans la même position, avec cette différence qu'il tenait son membre avec les deux mains au lieu d'une seule, et l'agitait. Il ne me parlait pas, ne faisait aucun geste pour attirer mes regards vers lui. Mais il me regardait avec des yeux hagards, comme s'il n'avait pas eu tout son bon sens. »

Devant M. le juge d'Instruction G... a cherché à excuser son acte en disant « qu'il n'avait pas pu s'en empêcher, qu'il était sous une influence irrésistible et qu'il ne savait pas que la bonne pût le voir. »

G... a la physionomie d'un dégénéré, son crâne est irrégulier, l'occipital fait une saillie tout à fait anormale. Quand je le vois à Mazas, je le trouve triste, chagrin, mais calme et lucide, il répond correctement aux questions que je lui pose.

Il est, m'explique-t-il, l'avant-dernier d'une famille de douze enfants; son père et sa mère étaient des gens corrects au point de vue cérébral, mais son grand-père maternel passait pour un maniaque, avait des manières bizarres : il s'enfermait chez lui des journées entières ne voulant recevoir personne ; il avait vis-à-vis de sa femme une attitude singulière, au lieu de pratiquer le coït avec elle, le plus souvent il se masturbait auprès d'elle sans même la toucher.

Depuis l'enfance, il a lui-même des habitudes d'onanisme. Autrefois il se masturbait devant des gravures, des photographies de femmes ; maintenant cela ne lui suffit plus, il lui faut la présence d'une femme.

Le désir de pratiquer l'onanisme, en regardant une femme, est devenu pour lui une passion qui domine son existence. Quand il est seul chez lui, il cherche à apercevoir une femme à une fenêtre, ou dans la rue, et il se masturbe en la regardant. Dehors il se masturbe dans son pantalon. Il n'arrive pas tout de suite à l'éjaculation : il s'arrête et recommence pour que la sensation se prolonge. C'est un besoin impérieux auquel il ne peut se soustraire. Quand il a fini de se masturber, il se sent débarrassé comme d'un poids, il redevient maître de lui. Ce n'est pas tous les jours qu'il est entraîné irrésistiblement à l'onanisme, mais de temps à autre, par accès ; alors il se masturbe plusieurs fois dans la même journée, il est dans un état d'énervement extrême et ne peut même plus dormir. Il déplore la malheureuse passion qui le domine et, comme il est religieux, il demande à Dieu de le guérir. Il lui est arrivé de résister pendant un mois, puis il se laisse aller de plus belle. Il s'est marié, espérant trouver dans le mariage un remède à son mal, cela n'a rien produit. Il aime beaucoup sa femme, mais le coït ne le satisfait pas; d'ailleurs l'impulsion à l'onanisme n'est pas provoquée par une sensation dans les organes génitaux, mais par une idée qui s'empare de son cerveau. Cette idée le domine si bien qu'elle l'empêche de fixer son attention ; ainsi il a voulu préparer un examen nécessaire à son avancement, cela lui a été impossible, il ne pouvait étudier.

L'impulsion irrésistible à l'onanisme n'est d'ailleurs pas la seule qui existe chez G... Depuis quelques années il a ce qu'il appelle des manies consistant en ceci : par moments il est pris du besoin de sauter ou de tourner la tête à droite et à gauche un nombre de fois déterminé. Il comprend tout ce que sa conduite a de ridicule, mais il ne peut résister ; aussi se cache-t-il et est-il tout honteux quand on le surprend.

Il pleure en me faisant ces aveux, il est accablé, on sent l'homme qui souffre d'obsessions dont il comprend le caractère maladif et desquelles, malgré ses efforts, il ne peut s'affranchir.

Mme G... que j'ai interrogée, m'a confirmé la plupart des faits avancés par son mari ; elle est désolée de s'être unie à un homme qui, elle s'en rend bien compte, est un malade. Deux ou trois jours seulement après son mariage, elle l'a surpris se masturbant derrière les rideaux, en regardant une femme qui était à une fenêtre, dans la maison en face.

G... est un dégénéré, il en a les stigmates physiques ; il est atteint d'une

perversion du sens génital et dominé par des obsessions pathologiques. Ce n'est pas un fou en ce sens qu'il ne délire pas, mais c'est un malade, un cerveau débile, entraîné malgré lui à des actes dont il comprend l'immoralité ou le ridicule, dont il voudrait s'abstenir, mais qui s'imposent irrésistiblement à lui.

Conclusions. — G... est atteint de dégénérescence mentale avec perversion du sens génital et impulsions pathologiques.

En commettant l'outrage public à la pudeur dont il est inculpé, G... a obéi à une impulsion irrésistible, il ne saurait donc à mon avis en être rendu responsable.

G... a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu.

RAPPORT 24. — EXIBITIONNISTE. — IRRESPONSABILITÉ

Homme de quarante ans. — Hérédité pathologique. — Syphilis. — Excès alcooliques. — Deux arrestations pour exhibition des organes génitaux suivies d'examen médical et de non-lieu. — Troisième arrestation pour le même motif ; pas d'examen, condamnation à deux mois de prison. — Nouvelle exhibition dans la rue. — Inculpation d'outrage public à la pudeur. — Epilepsie probable. — Abus d'absinthe. — Irresponsabilité. — Non-lieu. — Internement.

B... a été arrêté le 8 février sur la réquisition d'une dame qui a fait la déclaration suivante : « Vers 8 heures du soir, je passais rue Saint-Gilles avec mes deux jeunes sœurs quand un individu (l'inculpé) qui marchait en sens inverse s'est subitement placé devant nous et, ouvrant son pantalon nous a montré sa nudité avec persistance. Je cherchai immédiatement un agent, j'en trouvai un, quand l'individu le vit venir avec moi il prit la fuite, mais l'agent le poursuivit et l'arrêta un peu plus loin. »

Interrogé par le commissaire de police, B... répondit : « Je n'ai pas montré ma nudité et je ne me suis pas sauvé quand l'agent est venu, je rentrais chez moi tranquillement, je ne sais pas ce qu'on me veut. »

B... est ouvrier ciseleur, il travaille depuis trois ans environ dans une maison où il gagne de 7 à 8 francs par jour, il passe pour un bon ouvrier. Il vit maritalement avec une femme. Il est pâle, maigre, et paraît être d'un tempérament très nerveux.

Il est coutumier d'outrage public à la pudeur. Poursuivi une première fois en 1891, il fut soumis à l'examen de M. le Dr Garnier qui, le 28 août, déposa un rapport dans lequel il disait en substance : « B... est un faible d'esprit par voie d'hérédité morbide (père mort d'une tuberculose pulmonaire aggravée par des excès alcooliques, oncle paternel interné pendant plus de vingt ans dans un asile d'aliénés, mère morte à l'asile de Villejuif, tante maternelle décédée à l'asile de Vaucluse, frère utérin atteint de névrose caractérisée par des attaques épileptiformes, s'est suicidé à l'âge de vingt ans) faible d'esprit qui s'est depuis longtemps adonné à l'absinthe, qui de plus a été atteint d'accidents de syphilis cérébrale, deux conditions pathologiques qui sont venues limiter encore l'exercice de ses facultés intellectuelles originellement très

restreintes. Il semble qu'au moment de l'action l'inculpé avait l'intelligence plus obnubilée que de coutume et qu'il ne se rendait pas compte de sa conduite ».

Conformément aux conclusions de ce rapport, B... bénéficia d'une ordonnance de non-lieu.

Le 30 avril 1893, il fut de nouveau arrêté pour outrage public à la pudeur (exhibition de ses organes génitaux au jardin des Tuileries) et envoyé directement à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police où M. le Dr Garnier délivra le certificat suivant : « Débilité mentale avec aberration du sens génésique. Dépression mélancolique. Stigmates physiques de dégénérescence. Hérédité morbide très chargée. Est dans un état mental qui nécessite son placement dans un asile d'aliénés ».

Envoyé à Sainte-Anne, B... fut examiné par M. le Dr Magnan qui consigna son appréciation dans le certificat suivant : « Est atteint de dégénérescence mentale avec aberration sexuelle, obsessions ».

Le 20 septembre, son état paraissant amélioré, il fut mis en liberté.

Arrêté une 3e fois en flagrant délit d'outrage public à la pudeur en 1896, B... comparut devant le tribunal correctionnel sans avoir été soumis à un examen médical et fut condamné le 18 mars à deux mois de prison et 16 francs d'amende.

Une lourde hérédité pathologique pèse sur B... ainsi qu'on l'a vu. A vingt ans, il a contracté la syphilis (chancre, roséole, plaques) pour laquelle il a été soigné pendant dix-huit mois par M. le Dr Mauriac. Depuis longtemps il a des habitudes d'intempérance et il est obligé d'avouer que si au régiment il est resté simple soldat c'est, en partie au moins, parce que, déjà à cette époque, il buvait plus que de raison. Sa liqueur favorite est l'absinthe et dans ces derniers temps il en avait pris encore plus que de coutume.

Interrogé sur les faits qui l'amènent devant la justice il me raconte que le mardi 8 février, vers 8 heures du soir, il sortait de travailler et se rendait chez lui quand des agents l'ont arrêté sur la réquisition de dames qui l'accusaient de leur avoir montré ses organes génitaux. Il ne sait pas ce qui s'est passé, car sans être tout à fait ivre il avait bu trois ou quatre absinthes, mais les déclarations des dames doivent être vraies car plusieurs fois déjà il a commis des actes semblables. C'est plus fort que lui, il ne peut pas s'en empêcher.

B..., par la nature des actes qui lui sont reprochés, appartient à la catégorie des individus désignés par Lasègue sous le nom d'exhibitionnistes, parce qu'ils sont poussés par un besoin maladif d'exhiber leurs organes génitaux. Mais le groupe de Lasègue contient des malades de diverses espèces et il importe de déterminer celle à laquelle appartient l'inculpé. Sans doute c'est un dégénéré par voie d'hérédité morbide, mais c'est peut-être aussi un épileptique ; plusieurs faits permettent du moins de le supposer.

Il y a six semaines, B... est tombé, raconte-t-il, sans connaissance dans l'atelier ; ce sont ses camarades qui le lui ont dit (le frère de l'inculpé a confirmé ce renseignement). C'était la première fois de sa vie, mais depuis long-

temps il est sujet à des éblouissements : tout tourne alors autour de lui. Dans ces moments on lui a dit qu'il était très pâle. Parfois il lui arrive, ayant un outil à la main de ne pas le sentir et de le chercher.

D'autre part Mme B... (ou plus exactement la femme avec laquelle l'inculpé vit maritalement depuis un an) m'a donné des renseignements confirmatifs des précédents. Elle a remarqué souvent que B... étant en train de causer s'arrête tout d'un coup, et qu'au bout de quelques instants, quand il reprend la parole, il parle de choses n'ayant aucun rapport avec ce qu'il disait avant. Dans ces moments et à d'autres aussi il devient subitement d'une pâleur de mort, on dirait qu'il va mourir. Un jour Mme B... était en train de s'habiller quand B... lui dit : « Non, n'écris pas à ta mère que je suis malade », Mme B... ayant répondu : « Mais pourquoi écrirais-je cela, » B... a soutenu qu'il n'avait pas prononcé la phrase parfaitement entendue par sa femme. Souvent d'ailleurs il lui arrive de répéter la même chose un grand nombre de fois, et quand sa femme lui fait remarquer qu'il l'a déjà dit il soutient que ce n'est pas vrai.

Mme B... donne encore un renseignement intéressant : assez souvent il arrive à B... au milieu de la nuit, de pratiquer le coït avec elle une et deux fois sans dire un mot, et le lendemain il ne s'en souvient pas.

Mme B... ajoute que B... est très nerveux et qu'il a de la tendance à grincer des dents ; elle ne lui a cependant pas vu de véritables attaques de nerfs. Il n'urine pas au lit. Depuis quelque temps il s'était remis à boire de l'absinthe. Ses appétits génésiques n'ont rien d'excessif et rien d'anormal. Il ne paraît pas se livrer à l'onanisme.

Les déclarations de B... et celles de sa femme sont de nature à faire penser qu'on se trouve en présence d'un épileptique. Il existe, en effet, chez B... tout un ensemble de symptômes qu'on trouve dans l'épilepsie : éblouissements, par moments, insensibilité de la main, arrêts brusques dans la conversation en passant d'un sujet à un autre, pâleurs subites, paroles et actes ne laissant pas de souvenirs et par conséquent prononcées et commis inconsciemment.

Probablement s'agit-il ici d'une épilepsie absinthique étant donné sa tardive apparition chez un buveur d'absinthe.

Quoi qu'il en soit de ce diagnostic un fait certain c'est que B... porte le poids d'une très lourde hérédité pathologique et que sur ce cerveau prédisposé aux maladies mentales, l'absinthe est venue faire sentir son action funeste en sorte que quel que soit exactement la maladie mentale dont B... est atteint, le fait certain c'est qu'il est malade et que les actes dont il est inculpé ont un caractère pathologique.

Conclusions. — 1° B..., sur lequel pèse une très lourde hérédité morbide, a déjà été interné dans un asile d'aliénés, c'est un déséquilibré, peut-être un épileptique, atteint d'aberration sexuelle avec obsessions.

2° C'est sous l'influence d'une impulsion morbide qu'il a commis les actes dont il est inculpé, il ne saurait donc en être rendu responsable.

B... a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu.

RAPPORT 25. — ATTENTATS AUX MŒURS. — RESPONSABILITÉ

Homme trente-cinq ans. — Pas d'antécédents soit héréditaires soit personnels. — Masturbation en présence d'une petite fille. — Condamnation. — Même outrage. — Nouvelle arrestation. — Aucun trouble cérébral. — Responsabilité. — Condamnation.

Le 21 novembre vers quatre heures et demie du soir, près d'un urinoir du square Parmentier, G..., debout, le bras droit enfoncé jusqu'au coude dans la fente de sa longue blouse, regardait jouer des petites filles de sept à huit ans. L'une d'elles étant entrée dans l'urinoir s'accroupit dans l'une des cases. G... vint aussitôt se placer devant elle, les jambes écartées, la blouse relevée, la verge en érection.

L'urinoir dont il s'agit est protégé par une cloison de tôle contre les regards des passants, mais il est à ciel ouvert. De la fenêtre d'une des maisons voisines, des personnes avaient vu ce qui se passait et prévinrent le garde du square. G... fut arrêté au moment où il sortait de l'urinoir. Son pantalon était déboutonné, la poche gauche en était trouée. Il était porteur de deux pièces de métal fondu représentant des sujets obscènes. Il nia les faits.

Le 18 décembre la 10e Chambre jugeant correctionnellement, l'a condamné à six mois de prison. Il a subi sa peine.

C'est un acte analogue qui l'amène devant la justice, acte commis dans des circonstances qui ont été ainsi exposées devant M. le Juge d'Instruction par une fillette de onze ans, la jeune Louise V... :

« Je m'étais arrêtée place Armand-Carrel devant une boutique où il y avait une loterie de volailles. Pendant que je regardais, ma robe s'est déboutonnée, j'ai porté ma main derrière ma taille pour la rattacher et j'ai senti bientôt qu'un individu qui était derrière moi me mettait quelque chose dans la main. J'ai bien senti que ce n'était pas son doigt mais sa machine qu'il a devant lui. Je me suis dégagée et retournée, mais je n'ai rien vu car l'individu avait une longue blouse noire. Je suis allée un peu plus loin et l'individu m'a fait des signes pour m'inviter à aller au parc des Buttes-Chaumont, je n'ai pas voulu, j'ai dit à un petit garçon qui se trouvait là ce qui s'était passé, celui-ci a prévenu un agent ».

Au commissariat de police on a constaté que G... avait son pantalon déboutonné et que sa chemise passait par la braguette. Cela ne l'a pas empêché de se livrer à des dénégations disant : « C'est faux, je n'ai rien fait, si mon pantalon est déboutonné c'est que j'aurai oublié de le boutonner quand je suis allé uriner ».

Aux diverses visites que je lui ai faites à la prison de la Santé j'ai trouvé G... dans le même état : il paraît un peu déprimé mais il est lucide, exempt de délire et d'hallucinations ; il répond assez volontiers aux questions que je lui pose sauf en ce qui concerne le fait qui lui est reproché. Quand je l'interroge sur ce point il nie, mollement il est vrai, mais enfin il nie; à l'entendre, il est innocent non seulement de l'attentat aux mœurs dont il est inculpé mais encore de celui qui lui a valu une condamnation en 1895. Si je lui oppose

les témoignages très explicites et les autres charges relevés par l'instruction, il baisse la tête et ne répond plus comme un homme qui est confus de sa conduite. Son attitude est en somme bien plus celle d'un coupable honteux que celle d'un homme atteint de troubles cérébraux. Rien n'indique qu'il ait agi, mû par une impulsion irrésistible, par un mobile pathologique quelconque ; rien ne montre que sa conduite doive être considérée comme le résultat d'un état maladif plutôt que comme la manifestation d'un vice.

G... ne présente aucun signe d'intoxication alcoolique, aucun stigmate d'hystérie, aucun trouble, soit de la motilité, soit de la sensibilité générale ou spéciale pouvant être rapporté à une maladie du système nerveux. Il est normalement conformé. Ses facultés intellectuelles ne sont pas affaiblies, son niveau mental est celui de la plupart des gens de sa condition. Enfin d'après ses déclarations mêmes il n'aurait pas d'antécédents pathologiques, soit personnels, soit héréditaires.

Son père, âgé de soixante-deux ans exerce le métier de cordonnier ; sa mère qui a environ soixante ans est brodeuse ; tous deux sont en bonne santé. Il a quatre frères ou sœurs, aucun d'eux n'est atteint d'une maladie nerveuse ou mentale, aucun n'a eu affaire en justice.

Quant à lui, il n'a jamais fait de maladie grave ; il est seulement atteint, depuis cinq ans, d'une affection de la peau, un psoriasis dont on constate des plaques au nez, aux mains, aux jambes et sur diverses parties du tronc. Il avoue qu'il a des habitudes d'intempérance, mais il reconnaît que le jour de son arrestation il n'avait pas bu.

Conclusions. — G... n'est pas aliéné. Rien ne prouve qu'il ait commis l'attentat aux mœurs dont il est inculpé, sous l'influence d'un trouble cérébral, il doit donc en rendre compte à la justice.

G... a été condamné à treize mois de prison et 50 francs d'amende. En appel la condamnation a été confirmée.

Vieillesse. — Démences.

La *vieillesse* n'est pas une cause d'irresponsabilité : nombre de vieillards conservent jusqu'à un âge très avancé l'intégrité de leurs facultés intellectuelles. Quand les progrès de l'involution sénile ont produit une abolition complète des facultés intellectuelles, la démence sénile, toute responsabilité disparaît alors. Mais l'involution sénile est souvent lente, le vieillard n'arrive à la décrépitude complète que peu à peu, progressivement, et il y a là toute une longue phase de son existence pendant laquelle il ne saurait être considéré comme complètement irresponsable. Au début de la démence les vieillards commettent souvent des actes qui les conduisent devant la justice ; il est très fréquent de voir à l'affaiblissement de l'intelligence et du sens moral se combiner l'érotomanie, c'est alors que les vieillards poursuivent de leur assiduité des femmes ou des enfants et se livrent à des attentats à la pudeur.

Beaucoup d'apoplectiques frappés d'hémiplégie, avec ou sans aphasie, conservent leur intelligence à un degré très suffisant pour que leur responsabilité persiste; dans la *démence apoplectique* complète, la responsabilité disparaît au contraire ; il en est de même dans les *démences alcoolique, épileptique et vésanique.*

RAPPORT 26. — VIEILLESSE. — RESPONSABILITÉ

Homme de soixante-sept ans. — Inculpation d'attentats et outrages publics à la pudeur. — Actes incriminés n'ayant pas un caractère pathologique. — Pas de troubles mentaux. — Responsabilité. — Comparution aux assises. — Deux ans de prison.

De l'information il résulte que depuis quelques mois, D... attirait chez lui des petites filles et se livrait sur elles à des attentats à la pudeur.

Devant M. le commissaire de police, puis devant M. le juge d'instruction il a reconnu « s'être fait branler et sucer par trois enfants » mais il a nié les avoir touchées d'une façon quelconque. Un nommé B... accusé d'avoir commis une fois des actes de même nature en sa compagnie, a nié toute culpabilité ; il a déclaré que D... ne savait pas ce qu'il disait et qu'il était nécessaire d'examiner son état mental.

D... est, d'apparence plutôt robuste malgré ses soixante-sept ans. Il a le facies coloré des buveurs d'habitude et présente un tremblement très marqué des mains et de la langue, indice d'habitudes d'intempérance. Ses artères ne sont cependant pas athéromateuses ; il n'existe chez lui ni trouble de la sensibilité soit générale, soit spéciale, ni paralysie, ni embarras de la parole, ni symptôme quelconque pouvant être rapporté à une maladie du système nerveux. Ses yeux offrent un cercle sénile, c'est-à-dire une opacité de la cornée due à une dégénérescence graisseuse. Ce cercle sénile n'a pas une grande signification, c'est simplement un signe de vieillesse, analogue à la chute et à la décoloration des cheveux, à l'apparition des rides, etc., et comme les divers attributs de la vieillesse, se montre à des âges très variables.

D... est calme, lucide, exempt de délire et d'hallucinations ; il répond très correctement aux questions que je lui pose. Ses facultés intellectuelles ne paraissent pas avoir subi les injures de l'âge, et la mémoire qui est la première atteinte chez les vieillards n'est pas chez lui sensiblement altérée. Il lui faut bien faire quelques efforts pour retrouver certaines dates, mais enfin il les retrouve.

Interrogé sur sa santé, il me fait connaître que son existence n'a été marquée par aucun événement pathologique grave. Il a été, il est vrai, réformé du service militaire « parce qu'il avait, à ce moment-là, des ganglions cervicaux et toussait beaucoup », mais depuis il s'est toujours bien porté. Dans ces derniers temps, il lui est seulement arrivé, de loin en loin, d'avoir « des accès de fièvre », c'est-à-dire d'éprouver un frisson suivi d'une sensation de chaleur : c'était quand il avait bu de l'absinthe plus que d'ordinaire. A l'entendre il buvait habituellement beaucoup de cette liqueur et de vin blanc.

Pendant longtemps, il a exercé le métier de mécanicien, puis comme on le trouvait trop vieux dans les ateliers, il s'est fait commissionnaire.

Invité à s'expliquer sur les faits qui lui sont reprochés, il me dit : « Je me suis amusé avec des jeunes filles de douze à quatorze ans, j'ai eu la faiblesse de les conduire chez moi, mais c'est plutôt elles qui m'ont entraîné, elles venaient tout le temps à la gare où j'étais commissionnaire me demander des sous.

« Je me faisais sucer par toutes les quatre, voilà tout, c'est bien de trop. Je faisais aussi minette à Marie, mais à elle seulement, elle était pire qu'une femme de maison, elle voulait que je lui fasse ce que je lui faisais. »

C'est sur un ton très tranquille et avec une physionomie impassible que D... fait ces aveux. Je lui fais remarquer qu'il paraît bien peu tourmenté des mauvaises actions qu'il a commises et des conséquences qu'elles peuvent avoir pour lui. « Oh ! si, me répondit-il, je n'en dors pas la nuit. C'est honteux à mon âge d'avoir fait de pareilles choses. » Malgré donc son apparente indifférence, D..., se rend bien compte de l'immoralité de sa conduite et se préoccupe à juste titre de sa situation.

En somme, au moment de mon examen, D... n'est atteint d'aucun trouble cérébral ; est-on en droit de penser qu'il en était autrement au temps de l'acte ? Rien ne permet une semblable supposition. D... est un buveur d'habitude, cela n'est pas douteux, mais bien qu'arrivé à un âge avancé, il n'a jamais eu d'accès de folie alcoolique, et quand il se livrait à des attentats à la pudeur, il était loin d'être inconscient, il se rendait bien compte, au contraire, qu'il commettait des actes répréhensibles car, cela paraît du moins bien établi par l'information, il prenait des précautions pour faire entrer les enfants sans qu'on le vît, et Marie B..., une de ses victimes, a déclaré qu'il lui avait dit à elle et aux autres enfants : « Si vous répétez quelque chose, vous êtes sûres de votre affaire. »

Reste la nature même des actes. Sans doute ce sont des actes fort lubriques, mais qui dit lubricité ne dit pas folie. De plus, si, au premier abord, il peut paraître étrange de voir un vieillard s'en prendre à des enfants pour assouvir sa passion, on sait que ce n'est pas là un fait exceptionnel. Les statistiques, ont établi au contraire que dans les cas de viol et d'attentat à la pudeur, à mesure que l'âge des criminels s'élève, celui de leurs victimes s'abaisse, et que c'est presque exclusivement à des enfants que s'adresse la lubricité criminelle des vieillards.

Donc, que l'on examine l'inculpé ; que l'on considère les actes incriminés en eux-mêmes dans les circonstances qui les ont précédés, accompagnés et suivis, nulle part on ne trouve la preuve d'un état d'aliénation mentale.

Conclusions. — D... n'est pas atteint d'aliénation mentale, il doit donc être considéré comme responsable des actes dont il est inculpé.

D... a comparu devant les assises et a été condamné à deux ans de prison.

RAPPORT 27. — DÉMENCE AU DÉBUT. — RESPONSABILITÉ ATTÉNUÉE

Vieillard de soixante-treize ans. — Inculpation d'outrages publics à la pudeur. — Depuis quatre ans, actes immoraux avec de nombreuses femmes. — Affaiblissement de la mémoire portant sur les faits récents. — Irritabilité. — Altération de la volonté. — Actes relevant de l'obnubilation du sens moral au début de la démence. — Responsabilité très atténuée. — Condamnation légère.

L... est veuf depuis longtemps et n'a pas d'enfants. Cocher de remise pendant de longues années, il a toujours mené une existence convenable et travaillé régulièrement ; un de ses anciens patrons, en reconnaissance de ses bons services, lui fait même une rente de 600 francs qui constitue son unique ressource. Jusqu'à ces dernières années, sa moralité n'avait jamais été suspectée. Son casier ne mentionne que des condamnations légères au nombre de quatre pour chasse sans permis et à l'aide d'engins prohibés remontant, d'ailleurs, à plus de quarante ans.

Au mois de janvier 1897, une plainte collective d'un certain nombre d'habitants de l'Impasse G... est venu informer le préfet de police que des scènes immorales se passaient chez L... L'instruction à laquelle il a été procédé a révélé les faits suivants :

L... habite Impasse G... depuis quatre ans, il occupe dans un sous-sol, une chambre de dimensions très exiguës, meublée presque sordidement et éclairée par une unique fenêtre donnant sur l'impasse, fenêtre toujours dégarnie de rideaux, en sorte que les passants peuvent apercevoir distinctement, soit le jour, soit la nuit, tout ce qui se fait chez L...

Lorsque L... est venu s'installer dans cette chambre, il vivait avec la fille Emilie D..., âgée de seize ans, qu'il donnait pour sa nièce. Mais leurs allures n'ont pas laissé longtemps de doutes sur la nature de leurs rapports. Dès le début, Emilie D... amenait journellement chez L..., des jeunes filles, et ces visites ont tout aussitôt éveillé les soupçons des voisins. Néanmoins, pendant une année qu'Emilie D... a vécu avec l'inculpé, les choses se sont passées avec une décence relative et sans trop de scandale ; il n'y avait pas de bruit, pas de tapage.

Après le départ d'Emilie D..., trois autres filles, âgées de moins de vingt ans, ont successivement occupé « la place de maîtresse en titre », suivant l'expression de L... La présence d'une nouvelle concubine n'empêchait pas, d'ailleurs, les anciennes de revenir de temps à autre chercher un abri ou faire la fête avec d'autres femmes qu'elles amenaient. La chambre de L... était devenue une sorte de refuge pour toutes les filles en quête d'un gîte ou d'un repas ; parfois jusqu'à trois en même temps y ont passé la nuit, une dans le lit de L..., les deux autres sur un matelas étendu à terre.

A différentes reprises, les voisins ont assisté à des scènes scandaleuses ; une fois, c'est une jeune bretonne que d'autres filles essaient de déshabiller malgré elle ; une autre fois, ce sont deux femmes complètement nues qui dansent devant L..., un autre jour ce sont plusieurs femmes qui prennent leurs ébats dans une tenue des plus débraillées.

Quand on lui faisait une observation, L... répondait par des menaces, aussi l'excitation était grande contre lui, et son arrestation a été un soulagement pour tous les habitants de l'impassse.

L... se livrait à des actes obscènes sur la plupart des femmes qui venaient chez lui; ainsi le premier dimanche de janvier, trois femmes se trouvaient ensemble dans sa chambre, il leur a successivement léché les parties génitales à toutes les trois. Devant M. le commissaire de police il a reconnu les faits : « J'avoue a-t-il déclaré que j'ai eu la faiblesse de me livrer à des actes obscènes sur les filles que vous avez entendues ; je dois même avouer que j'ai commis les mêmes actes sur quinze à vingt autres, mais je ne veux pas les faire connaître. J'ai agi par faiblesse ou plutôt c'est une maladie dont je suis atteint. Je pourrais vivre très tranquillement avec mes petites rentes tandis que je ne possède rien, dépensant tout pour satisfaire ma passion. »

Devant M. le juge d'instruction, il a encore reconnu que « depuis quatre ans il avait reçu de trente à quarante jeunes filles, léchant les parties de celles qui paraissaient propres, se contentant de donner l'hospitalité aux autres. »

Le commissaire de police n'a pas cru devoir donner plus d'ampleur à son enquête en raison du scandale que cela aurait produit, certaines des jeunes filles ayant fréquenté L... étant aujourd'hui mariées.

Les cinq filles traduites en justice avec L... sont âgées de dix-sept à dix-neuf ans; bien qu'elles n'aient pas encore d'antécédents judiciaires, elles ont une conduite et une moralité déplorables ; depuis longtemps elles ont quitté leur famille et ne paraissent se livrer à aucun travail.

L'affaire est venue devant la 11e Chambre correctionnelle le 10 mars. Le défenseur de L... a déposé des conclusions tendant à l'examen de l'état mental de son client, ainsi libellées :

Attendu qu'il semble résulter de l'instruction et des débats, que L... qui jusqu'à l'âge de soixante-treize ans n'avait fait l'objet d'aucune remarque défavorable spécialement au point de vue de la moralité, n'a commis les actes qui lui sont aujourd'hui reprochés que par suite d'un affaiblissement cérébral résultant de son grand âge et lui enlevant toute sa responsabilité ; que cette opinion émise par son dernier patron qui fait de lui les plus grands éloges, est encore justifiée par les écrits étranges annexés au dossier et paraissant émaner de L... ; que dans ces conditions il est nécessaire de désigner un médecin qui examinera l'inculpé et fera connaître son degré actuel de responsabilité, etc.

Les écrits auxquels il est fait allusion par le défenseur consistent en une sorte de confession de L... « Je suis forcé, y dit-il, de m'apparaître un bien singulier personnage, je réalise absolument les deux extrêmes. J'ai conservé d'honorables relations à Paris, celles de mes anciens patrons et j'ai d'autre part de tristes fréquentations la fange la plus abjecte, la plus caractérisée du tout à l'égoût ». Et il ajoute : « Je me questionne souvent pour savoir si je ne suis pas tombé en enfance. Je suis bien forcé de reconnaître que non, puisque je sais me maintenir dans ces deux positions extrêmes. »

L... en effet n'est pas dans l'enfance ; malgré ses soixante-dix-sept ans, il

n'est pas encore tombé dans la démence sénile. Chez lui la santé générale, à part un vieux catarrhe, n'est pas mauvaise ; il mange et dort bien ; quant aux facultés intellectuelles elles ne paraissent que légèrement atteintes. Interrogé sur les faits qui lui sont reprochés il me donne les explications suivantes : « J'ai commis la sottise de laisser venir des femmes chez moi et de me livrer sur elles à des attouchements. Elles s'amenaient dans ma chambre une à une, elles me prenaient tout, si bien que les huit derniers jours du mois il ne me restait plus que du pain pour manger et je n'avais plus de tabac pour fumer, ce qui me privait beaucoup. Elles peuvent dire qu'elles ont fait de moi ce qu'elles ont voulu. Je résistais bien tant que je pouvais, souvent je prenais la résolution de mettre un terme à cette vie, mais le lendemain je n'y pensais plus. Il y a trois ans seulement que j'ai commencé à lécher les parties génitales des femmes ; c'est venu petit à petit, je ne pouvais avoir de rapport avec elles étant depuis longtemps impuissant, je n'éprouvais aucun agrément à les lécher mais ça leur faisait plaisir et j'étais fier de pouvoir, malgré mon âge, leur procurer du plaisir. C'était folie de ma part car je m'exposais à attraper du mal. »

De quelque sujet que l'on cause avec L... on constate que ses propos n'ont rien d'incohérent ni de déraisonnable. Quant à sa mémoire, fidèle pour les événements anciens, elle est très diminuée en ce qui concerne les faits récents. Quand on l'interroge sur les divers incidents de sa vie, ses souvenirs sont précis, mais quand on lui parle de ce qu'il a fait les jours précédents, il a peine à se le rappeler ; ainsi le 11 mars je lui demande où il a été la veille ; il me répond qu'il n'a pas bougé de Mazas. Or c'est le jour de sa comparution devant le Tribunal, il croit que plusieurs jours se sont écoulés depuis cet événement qui pourtant a dû le frapper.

Cette diminution de la mémoire limitée aux faits récents est un symptôme qui est loin d'être sans importance ; c'est par elle, en effet, que d'ordinaire s'annonce la démence ; son existence permet donc de déclarer que si L... n'est pas encore tombé dans la démence, il se trouve déjà sur la zone frontière. Le développement de la démence se relève d'ailleurs chez lui par un autre indice.

Dans ces dernières années, il a fait preuve d'une irritabilité particulière, et, semble-t-il, inaccoutumée, menaçant de son couteau ou de son revolver les voisins qui lui faisaient des observations sur sa conduite. Or, l'irritabilité est souvent aussi un signe prémonitoire de la démence.

Un des symptômes caractéristiques de la période prodromique et du début de la démence sénile est l'affaiblissement de la volonté. Il paraît bien exister chez L... Ce n'est en effet qu'à son corps défendant, a-t-il déclaré, qu'il recevait la plupart des femmes qui venaient se réfugier chez lui comme dans une auberge toujours ouverte ; il faisait le projet de leur fermer sa porte, il essayait de s'affranchir de ces pratiques obscènes qui, au fond, le dégoûtaient ; mais sa volonté était vaine et impuissante.

Affaiblissement de la mémoire, irritabilité, diminution de la volonté, voilà trois symptômes indiquant que L... est à la période prodromique de la démence sénile.

Les choses étant ainsi, peut-on mettre sur le compte de l'état cérébral de L... les outrages publics à la pudeur dont il est inculpé ? Assurément oui. Dans la période prodromique de la démence, on observe en effet avec l'affaiblissement de la mémoire et de la volonté, avec l'irritabilité, une altération du sens moral plus ou moins prononcée. Or il est de toute logique de mettre sur le compte de cette altération sénile du sens moral des actes qui jurent avec tout le passé de L... On objectera que la période prodromique chez L... est bien longue, que les actes immoraux durent depuis plusieurs années et qu'il n'est pas encore dément. C'est là une objection qui n'a rien de décisif : les vieillards restent en effet souvent de longues années sur les frontières de la démence avant de les franchir.

Conclusions. — L... sans être atteint d'aliénation mentale ou de démence confirmée, présente les signes précurseurs de la démence sénile.

En conséquence j'estime que sa responsabililé, sans être nulle, est très fortement atténuée.

L... a été condamné à trois mois de prison seulement. Il avait fait trois mois de prévention en sorte qu'il a été remis immédiatement en liberté.

RAPPORT 28. — DÉMENCE COMPLÈTE. — IRRESPONSABILITÉ

Traumatisme chez un homme de soixante-cinq ans. — Troubles mentaux et érotisme consécutifs. — Inculpation d'attentats aux mœurs. — Démence. — Irresponsabilité. — Non-lieu.

A... vient d'entrer dans sa soixante-neuvième année. Il y a quatre ans, il a été victime d'un grave accident : renversé par une voiture de place il resta inanimé sur le sol et fut ramené chez lui privé de connaissance. M. le Dr Robinet qui l'a soigné à cette époque, dans un certificat versé au dossier déclare ce qui suit :

« M. A... présenta des symptômes graves notamment un sub-delirium persistant favorisé par un état d'alcoolisme antérieur, il resta en traitement pendant plus de trois mois; lorsqu'il put se lever, son intelligence était affaiblie et il commença à se montrer violent et érotique ; il restait des heures dans un mutisme absolu dont il ne sortait que pour se mettre en colère ou chanter des refrains obscènes. »

L'inculpé, après avoir été concierge pendant vingt-cinq ans à Paris, depuis deux ans environ habitait, dans la banlieue avec sa femme, une petite maison, fruit de ses économies. Les rapports de police le représentent comme « un dégoûtant personnage tenant des propos orduriers aux femmes et aux enfants qu'il trouve sur son passage mais ne paraissant pas jouir de la plénitude de ses facultés mentales. »

La fille de l'inculpé m'a donné sur son père les renseignements suivants : « Depuis l'accident qui lui est arrivé il y a quatre ans, il ne peut se livrer à aucune occupation ; de plus, son caractère et ses manières ont complètement changé. Autrefois il était absolument à cheval sur les convenances et pendant

vingt-cinq ans qu'il est resté concierge rue du Cherche-Midi, jamais il n'aurait laissé une des nombreuses personnes entrant dans la loge prononcer devant sa femme et sa fille une parole tant soit peu légère; aujourd'hui il tient les propos les plus obscènes, il chante les chansons les plus ordurières devant sa fille et sa petite-fille âgée de dix-huit ans. Autrefois il était très doux, il est maintenant irritable, coléreux et violent. Il passe de la gaieté à la joie, des larmes au rire sans rime ni raison ».

Tels sont les renseignements que j'ai pu recueillir sur l'inculpé; quant à l'acte incriminé, voici dans quelles circonstances il a été accompli : Dans une rue étroite, à un endroit peu éloigné des maisons d'habitation, vers midi, A... a rencontré la jeune H... âgée de onze ans et demi, il lui a barré la route puis la saisissant par le bras il l'a couchée sur le dos et lui a fait des attouchements. Des voisins s'étant mis à crier, il a laissé l'enfant et a continué son chemin.

Depuis son arrivée à Mazas, A..., d'après les renseignements qui m'ont été fournis par le personnel de cet établissement, a l'air complètement abruti, il est toujours somnolent, on a essayé mais inutilement de l'occuper à de petits travaux, il ne fait rien de bien.

A... est grand et bien développé, il ne paraît pas son âge, mais son état mental est loin de répondre à son état physique. Ses facultés intellectuelles sont considérablement affaiblies; s'il conserve encore la mémoire des faits anciens, il ne se souvient pas des choses récentes; il peut dire son âge et la date de sa naissance, mais il ne connaît ni le mois ni l'année, il ignore depuis combien de temps il est à Mazas. Gai, souriant, il siffle d'un air dégagé ne paraissant nullement se préoccuper ni de son emprisonnement ni de l'inculpation qui pèse sur lui. Je lui demande pourquoi on l'a arrêté, il me répond en riant : « J'ai chatouillé le bouton à une petite fille ». « Vous n'êtes pas honteux lui dis-je? » « Pourquoi honteux me répond-t-il d'un air étonné, que voulez-vous que la « bonniface ». Ces derniers mots reviennent constamment dans sa bouche. Il déclare qu'il ne s'ennuie pas à Mazas parce que l'on mange bien, mais que cependant il aimerait mieux être chez lui parce qu'il y a plus de plaisir.

En somme, A... est un dément. Le traumatisme cranien qu'il a subi il y a trois ans a été sans aucun doute le point de départ dans son cerveau d'un travail pathologique qui s'est accusé de plus en plus avec les progrès de l'âge et qui a abouti à la déchéance intellectuelle et morale aujourd'hui facile à constater.

L'acte qu'il a commis rentre d'ailleurs exactement par l'ensemble et par le le détail dans le type de ceux dont se rendent habituellement coupables les déments. Cet attentat commis en plein jour au milieu d'une rue non loin des maisons habitées, porte bien le cachet de l'imprévoyance et de l'insouciance.

Des renseignements que j'ai recueillis, de l'examen auquel je me suis livré, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

Conclusions. — 1° A... est atteint de démence et par suite ne saurait être

considéré comme responsable de l'attentat aux mœurs dont il est inculpé.

2° A... est incapable de se diriger, il est dangereux pour l'ordre public, il y a nécessité de l'interner dans un asile d'aliénés.

A... a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu et a été placé dans un asile d'aliénés.

RAPPORT 29. — ICTUS CÉRÉBRAUX. — AFFAIBLISSEMENT INTELLECTUEL

Homme cinquante-quatre ans. — Attaques apoplectiformes. — Inculpation de banqueroute simple et frauduleuse. — Excuse alléguée : omission provenant d'un défaut de mémoire. — Impossibilité de déterminer rétrospectivement l'intensité des troubles allégués.

Dans le dossier qui m'a été remis par M. le juge d'instruction se trouvent deux pièces intéressantes :

1° Un passage du rapport de M. Verecque expert comptable.

2° Un certificat médical du Dr Orval.

Dans le rapport de M. Verecque, on lit à la page 4 : « M. Q... l'inculpé, prétend que la situation anormale de sa caisse ne pouvait provenir que de l'omission d'inscription en dépense de sommes qu'il avait payées pour la Société, que son état physique et le défaut de mémoire dont il souffre actuellement ne lui permettent pas de retrouver ».

D'autre part le Dr Orval, dans un certificat en date du 20 octobre 1894, déclare que « M. Q... a été atteint en décembre 1892 et janvier 1893, puis du 11 juillet au 3 août 1894, de troubles cérébro-gastriques caractérisés par de l'insomnie presque absolue, des vertiges, une céphalalgie intense, des fourmillements dans les extrémités, une hémiplégie incomplète, une parésie des muscles de la langue et des vomissements incoercibles. Pendant tout le temps de sa maladie, M. Q... a été obligé de garder le lit et a été dans l'impossibilité absolue de vaquer à ses occupations professionnelles ».

M. Q... lui-même complète les renseignements précédents par les déclarations suivantes : à trois reprises il a eu ce qu'il appelle une congestion au cerveau, c'est-à-dire une attaque avec chute, perte de connaissance pendant plusieurs jours et paralysie de toute la moitié gauche du corps.

Actuellement M. Q... ne présente plus de traces appréciables de l'hémiplégie dont il aurait été atteint, mais on constate chez lui un embarras particulier de la parole et une certaine émotivité : ce sont là des phénomènes caractéristiques de lésions cérébrales de la nature de celles qui produisent les attaques d'apoplexie, M. Q... est calme, lucide, exempt de délire, conscient de sa situation, mais sa mémoire est un peu diminuée, par moments il lui faut faire de visibles efforts pour se rappeler les détails des faits sur lesquels je l'interroge.

L'examen direct confirme donc pleinement les assertions de l'inculpé et les déclarations du Dr Orval ; M. Q... a été frappé d'apoplexie, le fait ne saurait être douteux, les attaques ayant été produites, soit par une congestion, soit plutôt par la rupture d'artères cérébrales.

M. Q... prétend qu'à la suite de ces attaques, il a eu les facultés intellectuelles très troublées pendant un temps assez long ; ainsi pendant deux mois toute lecture lui aurait été impossible, pendant plus longtemps sa mémoire aurait été obnubilée. Peut-on ajouter foi à ses assertions ? Il est bien certain qu'un individu frappé d'une attaque d'apoplexie reçoit dans son intelligence une atteinte sérieuse, mais il existe sous ce rapport, des variétés infinies ; parfois les troubles mentaux sont légers et fugaces, d'autres fois ils sont plus graves et plus durables. Examinant M. Q..., en avril 1895, on conçoit que je ne puisse me prononcer sur l'intensité et la durée exactes des phénomènes pathologiques qui se sont produits, les uns il y a plusieurs années, les autres il y a neuf mois.

Actuellement M. Q... paraît avoir à peu près récupéré l'intégrité de ses facultés mentales ; je dis paraît, car pour être fixé sur ce point, il faudrait être en mesure de comparer l'état mental actuel de l'inculpé à ce qu'il était avant les attaques et par conséquent l'avoir connu à cette époque.

M. Q... se plaint d'éprouver, de temps à autre, des étourdissements. Si le fait est exact il indique que chez l'inculpé la circulation cérébrale se fait mal et qu'en conséquence de nouvelles attaques d'apoplexie peuvent être à redouter dans un avenir qu'il est impossible d'indiquer même approximativement.

Conclusions. — 1° M. Q... a eu des attaques d'apoplexie suivies de troubles mentaux sur la durée et l'intensité desquels je ne puis me prononcer, mon examen ayant été très postérieur à leur existence ;

2° Actuellement M. Q... tout en présentant un léger abaissement cérébral est dans un état mental qui lui permet de rendre compte à la justice des actes dont il est inculpé.

Q... a comparu devant la 10e Chambre correctionnelle qui l'a condamné simplement à une amende de 100 francs.

Paralysie générale.

Les crimes sont exceptionnels dans la paralysie générale, les délits fréquents au contraire, surtout dans la période prodromique où le malade n'est pas encore interné, période que, pour cette raison, Legrand Saulle a justement dénommée *période médico-légale*. Le délit le plus fréquent est le vol à l'étalage d'objets sans grande valeur et particulièrement de comestibles; le voleur est arrêté et on trouve sur lui quantité d'objets des plus disparates.

Après le vol à l'étalage, le délit le plus fréquent est l'outrage à la pudeur ; le paralytique urine en public sans prendre la peine de se cacher; quelquefois il va jusqu'à l'attentat à la pudeur.

Plus rarement que le vol et les outrages aux mœurs on observe l'abus de confiance.

Ces délits sont parfois une des premières manifestations de la maladie et suffisent par leurs caractères particuliers à mettre sur la voie du diagnostic.

Souvent le *délire des actes* apparaît alors que les troubles intellectuels ne sont pas encore appréciables, qu'il n'existe pas de signes physiques.

Si l'expert se trouve embarrassé, il n'aura qu'à temporiser un peu et bientôt se montreront des symptômes qui ne laisseront aucun doute dans son esprit. Dans quelques cas exceptionnels cependant le début de la maladie est insidieux et son évolution très lente pendant un certain temps.

On a dépeint les paralytiques généraux comme étant essentiellement bienveillants, il y a là une très grande exagération, il n'est pas rare de voir ces malades se livrer à des violences même graves.

RAPPORT 30. — PARALYSIE GÉNÉRALE. — VOL

Homme trente-trois ans. — Depuis quatre ans quatre condamnations pour vol. — En prison gaieté maladive. — Prévention de vol à l'étalage. — Comparution devant la 8e Chambre correctionnelle. — Jugement ordonnant une expertise médicale. — Paralysie générale. — Irresponsabilité. — Non-lieu. — Internement.

D... a été arrêté le 28 avril dernier à 4 heures du soir, dans le bazar de l'Hôtel-de-Ville, en flagrant délit de vol à l'étalage.

Fouillé au moment de son arrestation il a été trouvé nanti d'un certain nombre d'objets qu'il a reconnu avoir dérobé au bazar de l'Hôtel-de-Ville et à l'étalage extérieur des magasins de Pygmalion.

Un inspecteur de Pygmalion a déclaré que quelques jours auparavant il avait déjà arrêté D... en flagrant délit de vol, mais qu'en raison du peu de valeur de l'objet volé, on avait jugé à propos de ne pas donner suite à l'affaire.

D... a reconnu les faits et a ajouté devant M. le commissaire de police : « C'est une manie du vol qui me vient à l'esprit ». Quand il a comparu devant la 8e Chambre, il a dit pour s'excuser : « J'ai l'esprit détraqué depuis que j'ai eu la fièvre typhoïde ».

Agé de trente-trois ans, il exerce la profession d'artiste lyrique. Depuis 1891 il a subi quatre condamnations, toutes pour vol. Il se présente à moi les vêtements en désordre, l'air souriant, la physionomie épanouie et me tend la main comme s'il me connaissait depuis longtemps. Pour quiconque a l'habitude des aliénés, cette façon de se présenter éveille l'idée de la maladie mentale connue sous le nom très impropre de paralysie générale, et, en effet, l'inculpé offre au grand complet tous les symptômes de cette maladie. Au point de vue physique : un embarras très marqué de la parole s'accompagnant de tremblement de la langue et des muscles de la face, de l'inégalité pupillaire, et enfin l'abolition des réflexes rotuliens : ce sont là des signes cliniques d'une grande valeur. Au point de vue psychique : un léger affaiblissement intellectuel avec des idées de satisfaction et des idées vaniteuses d'un caractère vraiment pathologique : « il est, dit-il, très solide, très fort à la boxe et aux armes, il est bâti pour vivre cent ans, il a un sang très fort. » Il vante ses talents d'artiste : « sa voix est superbe, il a deux octaves et demie dans la voix, il peut chanter les forts ténors, il monte jusqu'au fameux *ut-dièze* de Tamberlick. C'est effrayant le volume de sa voix, on n'a jamais

rien vu de pareil. A Lyon il a eu des triomphes. En sortant il va organiser une tournée en province et à l'étranger, il ne tardera pas à devenir millionnaire ». Il n'a d'ailleurs aucune conscience de sa situation : il a écrit m'explique-t-il au directeur du bazar de l'Hôtel-de-Ville de venir le chercher, et il s'étonne de ne pas avoir reçu sa visite. Il s'emporte puis se met tout à coup à sangloter ; mais cette tristesse n'est qu'un nuage qui se dissipe bien vite. Il reprend rapidement sa gaieté de tout à l'heure, d'ailleurs, dit-il, « je ne m'embête pas ici, on me donne des gamelles de supplément ». Puis en riant aux éclats il me raconte qu'en décembre dernier, alors qu'il subissait de l'emprisonnement pour vol, il a eu dix-huit jours de cachot pour avoir excité l'hilarité de l'atelier des sacs.

Son écriture est également typique, les caractères en sont tremblés, il y a des lettres et des mots d'omis.

D... est atteint de paralysie générale, le fait n'est pas douteux, et ce n'est pas trop s'avancer que de faire remonter le début de cette maladie à plusieurs mois, et même à plusieurs années. Or, chez les individus atteints de cette forme d'aliénation mentale, il se produit dès le début un affaiblissement du sens moral ; ils ne savent plus distinguer entre le mien et le tien, aussi se livrent-ils très fréquemment au vol ; ils ressemblent à des enfants qui s'approprient sans scrupule ce qui appartient à leur frère ou à leur camarade. Les vols qu'ils commettent sont marqués au coin de l'imprévoyance et de la maladresse les plus grandes ; ils volent ostensiblement, en public, avec un sans-gêne et un mépris complet de précautions, aussi sont-ils presque toujours pris. D... m'a déclaré en riant que chaque fois qu'il avait dérobé quelque chose, il avait toujours été arrêté. Cette assertion est tout ce qu'il y a de plus vraisemblable.

Conclusions. — 1° D... est atteint d'aliénation mentale (paralysie générale) ;

2° C'est sous l'empire de la maladie mentale dont il est atteint qu'il a commis les vols qui lui sont reprochés ; il ne saurait donc en être rendu responsable ;

3° D... doit être placé dans un asile d'aliénés.

D... a été acquitté et placé à l'asile Sainte-Anne où il est mort depuis.

RAPPORT 31. — PARALYSIE GÉNÉRALE. — OUTRAGE A LA PUDEUR

Homme ayant uriné en public sans se cacher, sans tenir compte des observations des agents de police. — Inculpation d'outrage à la pudeur. — Laissé en liberté provisoire, se fait arrêter pour un acte absurde. — Jugement de la 9e Chambre correctionnelle ordonnant une expertise. — Paralysie générale. — Irresponsabilité. — Internement.

G... a été arrêté une première fois vers deux heures et demie de l'après-midi dans les circonstances que relate le rapport suivant d'un brigadier des gardiens de la paix :

« Traversant l'esplanade des Invalides, j'ai aperçu G... qui urinait contre un arbre. Il ne se cachait pas et sa verge était visible pour les personnes

qui passaient près de lui. Des enfants jouaient dans les environs. Je l'ai abordé et lui faisant remarquer qu'il y avait un urinoir à 20 mètres de distance, je lui ai adressé quelques observations sur sa tenue. Loin de se cacher il a continué à uriner puis, sans me répondre, faisant demi-tour, il s'est éloigné. Je l'ai suivi et l'ayant rattrapé, je l'ai prié de faire au moins quelques excuses. Il m'a répondu : « Je n'ai pas d'excuses à vous faire, je me fous pas mal de vous ! » Un peu plus loin j'ai appelé deux gardiens de la paix en bourgeois et je l'ai fait arrêter. »

Laissé en liberté provisoire, G... s'est fait arrêter quelques jours plus tard au moment où, la nuit, muni d'un marteau il défonçait une devanture métallique.

Cette fois G... ayant donné l'impression d'un individu ne jouissant pas de la plénitude de ses facultés mentales, fut conduit à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police et soumis à l'examen de M. le Dr Garnier qui l'envoya à l'asile Sainte-Anne avec le certificat suivant :

« Est atteint de paralysie générale à la première période. Affaiblissement des facultés intellectuelles. Embarras de la parole. Idées de satisfaction. Inconscience de sa situation ».

A Sainte-Anne, M. le Dr Magnan examina à son tour G... et le fit diriger sur l'asile de Villejuif avec le certificat que voici :

« Est atteint de paralysie générale avec idées de satisfaction. Conscience très incomplète de ses actes. Hésitation de la parole. Inégalité pupillaire. »

Depuis le 13 juillet, G... est dans mon service à l'asile de Villejuif et l'examen auquel je me suis livré m'a permis de poser un diagnostic de tous points conforme à celui de MM. Magnan et Garnier.

G... est en proie à une turbulence presque continuelle ; ses facultés intellectuelles sont affaiblies ; il n'a aucune conscience de sa situation ; il manifeste des idées de satisfaction enfantine; quand on lui parle il répond, avec un sourire niais, par des paroles plus ou moins incohérentes. A côté de ces symptômes psychiques, on constate un ensemble de signes physiques caractéristiques de la maladie cérébrale, improprement dénommée paralysie générale : embarras de la parole, inégalité pupillaire, tremblement fibrillaire de la langue.

Au début de la paralysie générale, alors même que les troubles intellectuels ne sont pas encore très prononcés, le sens moral est presque toujours profondément atteint et l'on voit alors des individus jusque-là parfaitement honnêtes, commettre toutes espèces d'actes repréhensibles ; aussi a-t-on donné à cette phase de la maladie le nom de période médico-légale. Le malade n'ayant plus la notion du mien et du tien, vole tout ce qui tombe sous la main, ayant perdu tout sentiment de pudeur, il se livre à des actes obscènes; C'est le cas de G..., âgé de quarante ans, marié, père de famille, n'ayant jamais eu maille à partir avec la justice, il a commis, sans s'en rendre compte, un outrage public à la pudeur. Cet acte doit certainement être mis sur le compte de la maladie dont il est atteint.

Conclusions : 1° G... est atteint de la forme d'aliénation mentale connue sous le nom impropre de paralysie générale ;

2° C'est certainement sous l'influence de la maladie cérébrale dont il est atteint qu'il a commis les actes qui lui sont reprochés ; il ne saurait donc en être rendu responsable ;

3° Le 12 juillet, G..., à la suite d'actes extravagants, a été interné comme aliéné, par l'autorité administrative. Depuis cette époque, il est à l'asile de Villejuif, il y a nécessité de l'y maintenir.

G... a été acquitté et été maintenu à l'asile de Villejuif.

Folie puerpérale.

La folie puerpérale caractérisée n'a de spécial que son étiologie, par conséquent, au point de vue médico-légal, elle doit être assimilée aux autres psychoses.

La grossesse est souvent alléguée comme excuse par une délinquante. Quelle doit être la conduite du médecin expert en pareille circonstance. Marcé[1] l'a tracée en des termes que nous ne saurions mieux faire que de reproduire : « Le médecin légiste, écrit-il, appelé à décider de l'état mental d'une femme enceinte qui invoquera sa grossesse pour excuser un délit ou un crime, devra faire abstraction de ce fait pour se livrer à un examen approfondi de l'état mental, en se rappelant que la vérité ressortira bien plus des circonstances qui ont précédé ou accompagné le délit que de la considération de l'état de grossesse qui jamais ne servira de preuve directe ». Chaque fois que nous avons eu à examiner une délinquante cherchant à excuser sa conduite par son état de grossesse nous avons procédé comme l'indique Marcé, et nous nous en sommes toujours très bien trouvés.

Bien des femmes convaincues d'infanticide se défendent en disant qu'elles ont perdu la tête, qu'elles ont agi inconsciemment ne sachant pas ce qu'elles faisaient, le devoir du médecin légiste est alors comme le dit encore très justement Marcé[2], « de n'établir la folie qu'indépendamment des faits de l'accouchement, et sur des preuves certaines ».

Les *époques menstruelles*, la *puberté* et la *ménopause* sont passibles des mêmes remarques.

RAPPORT 32. — GROSSESSE ALLÉGUÉE. — IRRESPONSABILITÉ

Femme trente-sept ans. — Inculpation de vols aux magasins du Louvre. — Condamnation à un mois de prison. — En sortant du Tribunal nouveau vol dans les mêmes magasins. — Nouvelle inculpation. — Examen médical ordonné par le juge d'instruction. — Obsessions et impulsions pendant la grossesse. — Irresponsabilité. — Non-lieu.

L'inculpée est née le 24 décembre 1856, elle est donc âgée de trente-sept ans et demi. Enfant naturelle, elle n'a pas connu ses parents ; recueillie

[1] Marcé. Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices. Paris, 1858, p. 125.

[2] Marcé. Traité pratique de maladies mentales. Paris, 1862, p. 639.

d'abord à l'hospice de Caen, elle a ensuite été mise en apprentissage chez une couturière. Étant enfant, elle aurait eu la fièvre typhoïde. Elle s'est mariée vers l'âge de vingt ans, et huit ans plus tard, elle est venue habiter Paris avec son mari. Celui-ci est mort, il y a neuf ou dix ans, d'une façon tragique : il avait fait le pari de se jeter dans la Seine du Pont des Arts, comptant regagner la rive à la nage, mais il s'est noyé, et c'est seulement neuf jours plus tard qu'on a pu retrouver son cadavre. Au bout de dix-huit mois de mariage, M[me] R... a eu un petit garçon qui est mort à deux ans et demi, de méningite, paraît-il ; elle était enceinte pour la seconde fois, quand son mari s'est noyé, l'enfant est venu à terme, mais il n'a vécu que trois jours. Une fois veuve, elle s'est mise à travailler dans la lingerie et à faire des ménages ; elle a eu un autre enfant, aujourd'hui âgé de cinq ans, qu'elle garde avec elle ; pendant sa grossesse, elle aurait eu une fièvre cérébrale avec délire pour laquelle elle aurait été soignée pendant trois mois à l'hôpital Beaujon. Elle était encore enceinte de trois mois, mais sa comparution devant le magistrat instructeur lui a produit une telle émotion qu'elle a fait une fausse couche.

Le 23 mai dernier, la veuve R... a été condamnée à un mois de prison par la 9[e] Chambre du tribunal de première instance du département de la Seine, pour avoir volé, à différentes reprises, dans les magasins du Louvre, une certaine quantité d'objets de diverses natures. En sortant du tribunal, elle est allée au bord de la Seine avec l'intention de s'y jeter avec son petit garçon, mais elle en a été empêchée par un monsieur qui se trouvait là. Ce monsieur l'a accompagnée pendant un bout de chemin ; quand il l'a eu quittée, elle s'est rendue tout droit aux magasins du Louvre où elle a dérobé cinq ou six objets d'une valeur totale de 17 francs. Elle a été aussitôt arrêtée par le même inspecteur qui l'avait surprise la première fois et qui venait de faire sa déposition devant la 9[e] Chambre.

M[me] R... m'explique qu'elle vole malgré elle, poussée par une force qu'elle ne peut s'expliquer. C'est une envie qu'elle ne peut maîtriser, elle lutte bien pendant un certain temps, mais elle finit par succomber ; elle éprouve un grand malaise, une angoisse avec palpitations de cœur ; quand elle a pris les objets elle se sent soulagée, c'est comme si on lui enlevait un poids de dessus la poitrine. Elle prend n'importe quoi, ce qui lui tombe sous la main, elle ne songe pas, d'ailleurs, à se cacher. Ces envies ne lui viennent que quand elle est en état de grossesse. Quand elle était enceinte du petit garçon qui a aujourd'hui cinq ans, elle volait partout des hareng saurs qu'elle se mettait immédiatement à manger tout crus sans même enlever les écailles ; elle ne pouvait résister à cette envie. Pendant les années qui se sont écoulées entre ses deux dernières grossesses, elle n'a jamais rien dérobé, elle l'affirme de la façon la plus formelle.

Que penser de ces déclarations ? A mon avis elles ne peuvent guère être mises en doute ; l'inculpée parle avec toutes les apparences de la franchise, et d'ailleurs comment pourrait elle décrire les troubles morbides qu'elle accuse si elle ne les avait pas éprouvés, à moins d'admettre, chose tout à

fait invraisemblable, que cette femme qui sait à peine lire et écrire, a étudié dans un livre de médecine les caractères des impulsions pathologiques ou s'est fait faire la leçon sur ce sujet.

Les troubles divers présentés par l'inculpée au moment où elle vole sont ceux qui caractérisent les obsessions pathologiques, qui forment le cortège habituel des impulsions morbides. La malade a conscience de son état, son trouble cérébral est essentiellement paroxystique, il ne se produit que par intervalles et dans certaines conditions ; l'accomplissement de l'acte est suivi d'un sentiment de satisfaction ; des symptômes physiques divers accompagnent le trouble intellectuel. Tous ces caractères, nous les retrouvons ici dans les actes commis par l'inculpée ; on doit donc bien considérer ceux-ci comme des actes pathologiques.

Les impulsions irrésistibles au cours de la grossesse sont, d'ailleurs, un fait bien connu. Sans doute on a souvent chargé la grossesse de bien des méfaits avec lesquels elle n'a rien à voir, mais il n'en est pas moins vrai qu'elle devient souvent le point de départ, la cause d'actes simplement bizarres, ou même délictueux. Cela se voit surtout chez les personnes ayant des antécédents pathologiques fâcheux, soit de famille soit personnels. Mme R... ne peut fournir aucun renseignement sur ses parents, on ne sait donc rien de ce côté, mais dans son passé on trouve qu'elle a eu, au cours d'une grossesse, des accidents cérébraux graves.

En outre de ses obsessions, l'inculpée présente un certain degré d'affaiblissement des facultés mentales, particulièrement de la mémoire ; c'est ainsi qu'il lui a été impossible de se rappeler le nom de son avocat. Elle est très émotive, très impressionnable, elle a eu devant moi des crises de larmes accompagnées de suffocations et de tremblements qui n'étaient certainement pas simulés. Elle est peut-être hystérique, bien qu'elle n'ait jamais eu d'attaque et qu'elle ne présente pas de stigmates de cette névrose. Elle déclare que si elle est condamnée, elle se tuera avec son enfant ; je la crois bien capable de mettre sa menace à exécution.

Conclusions : Mme R... est sujette à des troubles cérébraux connus en pathologie mentale sous le nom d'obsessions. C'est sous l'empire de ces troubles cérébraux qu'elle a commis les actes dont elle est inculpée. Elle a agi dominée par une force à laquelle elle ne pouvait résister ; elle ne jouissait donc pas de sa liberté morale et, par suite, elle ne saurait être considérée comme responsable ;

Mme R... n'est atteinte d'obsessions que lorsqu'elle est enceinte, sa dernière grossesse datait d'environ trois mois et vient de se terminer par une fausse couche ; il est donc probable que les troubles cérébraux dont elle était atteinte vont disparaître ; il n'y a pas lieu dès lors de la placer dans un asile d'aliénées.

Mme R... a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu.

RAPPORT 33. GROSSESSE ALLÉGUÉE. — RESPONSABILITÉ

Antécédents judiciaires. — Escroqueries n'ayant en rien un caractère pathologique. — Grossesse alléguée. — Pas de troubles mentaux. — Responsabilité. — Condamnation.

L'acte incriminé est le suivant : L... est entrée dans la loge d'une concierge, lui a raconté qu'elle était propriétaire d'une maison, que sa concierge était morte et lui a demandé si elle connaissait quelqu'un pour la remplacer. La concierge lui a indiqué sa belle-sœur. Elle s'est rendue chez cette dernière, lui a fait des offres qui ont été acceptées, puis prétextant l'oubli de son porte-monnaie, lui a emprunté 50 francs. En possession de l'argent elle a disparu et ce n'est qu'assez longtemps après que, rencontrée dans la rue par sa victime, elle a été arrêtée. Elle n'en était pas à son coup d'essai. En effet, elle a déjà encouru plusieurs condamnations pour des escroqueries analogues.

Elle a demandé elle-même à être examinée au point de vue mental par la lettre suivante adressée au juge chargé d'instruire contre elle.

« Veuillez excuser la liberté que je prends de vous écrire ; pendant l'instruction, je croyais pouvoir vous parler, mais je ne le peux pas, je suis trop émotionnée.

« Ne croyez pas, M. le Juge, que ce soit tout à fait le vice qui me fait commettre ces sortes de choses, je n'ai jamais pu comprendre ce qui se passait en moi ou dans ma tête car, Monsieur, je puis vous affirmer que je n'ai jamais commis ces délits qu'étant enceinte et c'est plus fort que moi car, M. le Juge, je vous assure que quand cette fois-ci je me suis revue enceinte, ma pensée était toujours de me dire : pourvu que je ne refasse pas des folies, et comme je l'ai dit à M. le Juge, c'est plus fort que moi on dirait qu'il y a quelque chose qui me pousse, car croyez bien qu'après deux fortes condamnations que j'ai subies, et les malheurs qui me sont arrivés, je n'aurais sûrement pas commis un nouveau délit. J'ai, pendant ma première peine, perdu un enfant de quatre ans, et à la dernière peine je perds encore un enfant de sept mois et j'en ai encore un dehors à la charge de ma pauvre mère, donc, Monsieur le Juge, c'est bien terrible pour une mère de perdre deux enfants en prison et à la veille d'en mettre un autre au monde dans ces mêmes conditions, car moi-même je suis malade et encore pis depuis que je suis arrêtée de nouveau et de voir le chagrin que je fais à ma pauvre mère qui n'a que moi et qui n'a pas un cheveu de la tête à se reprocher. Je ne veux pas dire en cela que je ne suis pas responsable, non, M. le Juge, seulement je trouve que c'est une drôle de chose que ce n'est que quand je suis enceinte qu'il me vient dans l'idée de faire ces choses-là. Donc, M. le Juge, je vous demande en grâce pour ma pauvre petite fille qui me reste, d'avoir un peu d'indulgence pour moi. Donc, Monsieur, j'ose espérer en votre bonté. »

L... prétend être enceinte de quatre mois, elle présente en effet la plupart des signes probables de la grossesse ; admettons donc son état de grossesse comme établi ; quelle conséquence tirer de ce fait au point de vue de sa res-

ponsabilité ; quelle créance accorder aux déclarations qu'elle a faites à M. le Juge d'Instruction.

C'est un fait vulgaire et qui. pour avoir été exagéré par l'opinion publique n'en est pas moins très réel et universellement reconnu que l'influence parfois très fâcheuse, de l'état de grossesse sur les facultés intellectuelles et morales de la femme. Il n'en est pas moins vrai que toute femme qui vole étant enceinte ne saurait par cela seul être excusable ; ce serait évidemment aller beaucoup trop loin. Quelle doit donc être la conduite du médecin expert en présence d'une femme grosse ayant commis un délit ou un crime? Marcé en a tracé les règles en disant qu'il faut examiner l'état mental de la prévenue et les circonstances dans lesquelles a été commis le délit sans se préoccuper, pour ainsi dire, de l'état de grossesse. Suivons donc ce précepte.

L... n'est atteinte d'aucune maladie mentale ou nerveuse, elle est calme, lucide, exempte de délire et d'hallucinations, elle ne présente pas de stigmates d'hystérie, pas de signes d'intoxication alcoolique. Depuis qu'elle est arrivée à Saint-Lazare son attitude n'a donné lieu à aucune remarque particulière de la part du personnel de la prison ; elle n'a rien dit ni rien fait pouvant donner lieu à penser qu'elle ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales. D'après les renseignements qu'elle me fournit elle-même elle n'a jamais été atteinte d'aucune de ces maladies graves qui peuvent avoir un retentissement sur le cerveau, elle appartient à une famille dans laquelle il n'y a jamais eu ni fous ni névropathes. Elle est bien développée mais cependant présente du strabisme convergent (elle regarde en dedans) ; cette déviation des yeux date de la première enfance et s'est produite au cours de convulsions. C'est là, dans une certaine mesure, un stigmate de dégénérescence mais qui ne saurait cependant avoir à lui seul une grande signification.

Telle est l'inculpée ; passons maintenant à l'acte qui lui est reproché :

Présente-t-il les caractères d'un acte pathologique? En aucune manière. La grossesse pervertit quelquefois les instincts physiques, plus rarement elle détermine une véritable impulsion à des actes répréhensibles, particulièrement au vol. C'est ainsi qu'on voit des femmes enceintes poussées irrésistiblement à commettre des soustractions aux étalages des magasins de nouveautés ou de comestibles. L'acte incriminé peut-il être mis sur le compte d'une de ces impulsions? Assurément non. Il s'agit au contraire d'un acte combiné et habilement exécuté dénotant de la part de son auteur de la réflexion, c'est-à-dire quelque chose d'incompatible avec une impulsion irraisonnée.

Il convient d'ajouter que l'allégation de L... disant qu'elle n'a jamais commis de délit, qu'étant enceinte, n'est rien moins que prouvée.

Conclusions. — L... prétend être enceinte et avoir commis l'escroquerie dont elle est inculpée, sous l'influence d'une force irrésistible. L... est très probablement enceinte, mais elle n'est atteinte d'aucune maladie mentale, et l'escroquerie qu'elle a commise ne présente en rien les caractères d'un acte pathologique, ne saurait être mise sur le compte d'une impulsion irrésistible ; L... doit donc rendre compte de sa conduite à la justice.

L... a été condamnée à deux ans de prison et 50 francs d'amende par la 8e Chambre correctionnelle. Sur appel la condamnation a été confirmée.

Enfance.

Quand un médecin reçoit mission d'examiner un enfant qui a commis un crime ou un délit, il n'a pas à discuter la responsabilité des enfants en général, à examiner si la jeunesse de l'inculpé soumis à son examen peut être une excuse à l'acte qui lui est reproché. — La loi s'est chargée de ce soin[1]. — Le médecin, lui, doit se borner à constater et à dire si l'enfant est normal ou anormal, aliéné ou non, si son intelligence est ou n'est pas sensiblement égale à celle des autres enfants normaux de son âge et de sa condition sociale ; en un mot le médecin doit simplement procéder pour un enfant de la même manière que pour un adulte.

RAPPORT 34. — DÉLIT COMMIS PAR UNE ENFANT

Fillette de douze ans. — Monomanie du vol alléguée par la mère. — Pas de troubles mentaux. — Responsabilité des enfants normaux.

La mère de l'inculpée m'a donné les renseignements suivants : « Ma fille, m'a-t-elle dit, est enfant naturelle, son père était ivrogne ; elle n'a jamais fait de maladie grave, mais elle est d'un tempérament très nerveux ; elle dort généralement mal, se remue beaucoup et saute dans son lit. Elle a uriné tard au lit mais cependant à aucun moment elle n'a eu d'attaques de nerfs. Elle a la monomanie du vol, elle a été arrêtée trois fois pour ce motif ; à part cela on n'a absolument rien à lui reprocher ; elle n'est ni paresseuse, ni gourmande, ni insolente, mais au contraire très gentille. A l'école cependant elle ne travaillait pas beaucoup, elle n'y a pas appris grand'chose. Conduite à la consultation de l'hospice de la Salpêtrière, les médecins ont recommandé de ne pas la frapper, de ne pas la rudoyer, de la traiter avec douceur. »

Mme R... demande que sa fille lui soit rendue et promet de la mieux surveiller à l'avenir.

A Nanterre, la surveillante m'a donné de son côté, sur sa petite pensionnaire, des renseignements qui peuvent se résumer ainsi : c'est une enfant intelligente, active, travailleuse, mais sournoise ; elle n'est pas vicieuse comme beaucoup de ses compagnes et n'a pas d'habitudes d'onanisme.

R... est une enfant de taille et de corpulence moyennes, bien conformée, bien développée, ne présentant pas d'autre anomalie physique qu'une voûte palatine à forme ogivale ; sa physionomie respire plutôt l'intelligence et elle répond très correctement à toutes les questions que je lui pose. Elle se rend bien compte qu'elle a commis une mauvaise action et allègue comme excuse qu'elle y a été poussée par une nommée Marthe G... ; c'est celle-ci qui, à trois reprises lui a conseillé de voler. La dernière fois elle lui a dit : « Tiens il n'y

[1] Code pénal : articles 66 et suivants.

a personne dans la boutique du charcutier, entre, et tu prendras de l'argent dans la caisse ; comme elle hésitait, M... l'a menacée si elle ne se décidait pas, de dire à tout le monde qu'elle avait déjà volé deux fois. Ces renseignements sont données sur un ton très assuré. Quant aux bijoux dont elle était parée, elle en explique ainsi la provenance : les boucles d'oreilles lui ont été données par sa tante, le bracelet par sa mère ; la bague a été trouvée par elle.

D'après ces explications on ne saurait mettre les actes incriminés sur le compte d'impulsions pathologiques au vol.

La santé générale de R... est bonne, elle se plaint seulement de quelques maux de tête. Elle n'est pas hystérique, elle ne présente aucun stigmate de cette névrose. Rien ne permet de supposer qu'elle puisse être épileptique. Elle ne manque pas d'intelligence, elle sait lire, écrire, compter ; elle a en somme l'instruction et le niveau mental de la plupart des enfants de sa condition.

Conclusions. — 1° La jeune R... n'est atteinte d'aucune maladie mentale ou nerveuse ;

2° La responsabilité qui peut lui incomber dans les actes qui lui sont reprochés est celle des enfants normaux de son âge,

3° Son état mental ne saurait à aucun titre justifier son placement dans un service réservé aux enfants idiots, imbéciles ou arriérés.

R... a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu.

Psychoses intermittentes. Intervalles lucides.

Avec Doutrebente nous distinguerons dans les intervalles lucides trois états différents : les *intermissions*, les *moments lucides* et les *rémissions*.

L'intermission ou intermittence est une période d'état normal séparant deux accès de folie. — Les psychoses constituées par des accès revenant régulièrement et séparés par une intermission portent le nom d'intermittentes.

Le moment lucide est une suspension complète mais courte des troubles mentaux, un éclair de raison au cours d'un accès de folie. Il diffère de l'intermission par sa brièveté et par ce fait qu'il ne sépare pas deux accès mais qu'il interrompt momentanément le cours même d'un accès.

La rémission est une simple atténuation des symptômes pendant un temps plus ou moins long. Elle diffère donc de l'intermission et du moment lucide dans lesquels il y a disparition des symptômes. La rémission a surtout été étudiée au cours de la paralysie générale.

Examinons quelle peut être la responsabilité dans les trois formes d'intervalles lucides :

En ce qui concerne l'intermittence, J. Falret[1] s'exprime ainsi : « Une

[1] Doutrebente. Étude médico-légale sur les intermissions dans les maladies mentales. Blois, 1883.

J. Falret. Responsabilité légale des aliénés.

intermittence vraie est en réalité une guérison temporaire ou momentanée. On doit, dès lors, lui appliquer la règle applicable à la raison elle-même, c'est-à-dire considérer l'individu qui se trouve dans cet état comme jouissant de toute sa raison, partant, de toute sa responsabilité légale et de sa capacité civile. La seule difficulté dans ces cas, et elle est souvent très grande, est une difficulté clinique, une question de diagnostic. Il s'agit pour l'expert d'établir, par des preuves péremptoires et certaines, que l'individu soumis à l'examen, était bien, au moment de l'action, dans une véritable période d'intermittence, dans un état de guérison réelle et non apparente et non pas dans une simple rémission plus ou moins prononcée, ou dans un état de dissimulation du délire par la volonté du malade, comme cela arrive si souvent, par exemple, dans les périodes de rémission du délire de persécution. Ce problème clinique est souvent très difficile à résoudre, et c'est là un des points les plus délicats de la médecine légale des aliénés. Mais, en principe, on ne peut nier que les périodes d'intermittence vraie existent souvent dans les maladies mentales et que, pendant ces périodes, l'individu doit être considéré comme ayant recouvré sa responsabilité morale et sa capacité civile. »

Doutrebente a la même manière de voir que J. Falret. « Pendant l'intermission, écrit-il, le fou intermittent peut et doit être assimilé à un aliéné guéri ou à l'homme sain de corps et d'esprit et par conséquent il possède la capacité civile et la responsabilité de ses actes. » Mais, Doutrebente fait ensuite et très justement quelques réserves à propos des intermissions de courte durée, alternant avec des accès fréquents d'aliénation mentale, l'intermission se rapprochant alors des simples moments lucides.

Pour notre part nous ne pouvons admettre la responsabilité complète que dans le cas d'une intermittence longue et parfaite, quand le retour à la raison s'est fait depuis déjà quelque temps et doit avoir encore une assez longue durée. On ne saurait en effet assimiler à un homme normal, un individu qui vient de sortir d'un accès d'aliénation mentale ou qui est sur le point d'y entrer. Il faut, nous le répétons, pour pouvoir conclure à la responsabilité entière être sûr que la guérison temporaire est bien réelle et bien complète, ne sera pas éphémère et de plus que l'acte incriminé ne présente en rien un caractère pathologique. En dehors de ces conditions, en présence d'un inculpé qui a commis une infraction entre deux accès d'aliénation mentale il est juste et légitime de conclure non à la responsabilité complète mais à la responsabilité atténuée.

En ce qui concerne les moments lucides J. Falret s'exprime ainsi : « Si quelques médecins ont admis, dans quelques cas rares, la possibilité de ces intervalles lucides de très courte durée (une heure, quelques heures, un jour, deux jours) dans quelques formes chroniques de la folie et même à l'approche de la mort, il en est d'autres, au contraire, qui ont contesté absolument l'existence de semblables intervalles lucides dans la folie, quelles que soient sa forme et ses périodes. L'existence des intervalles lucides d'aussi courte durée, assez complète pour motiver le retour de la responsabilité légale, est donc encore contestable scientifiquement. S'ils existent, comme je le crois,

dans quelques cas exceptionnels, c'est, du moins, un fait rare, sur lequel on ne peut faire reposer une règle de jurisprudence. »

Nous pensons que ces moments de lucidité complète au cours d'une psychose bien caractérisée et surtout d'une psychose chronique sont bien rares si toutefois ils existent. De toute façon cet éclair de raison, cette lucidité éphémère sans doute plus apparente que réelle, ne saurait faire disparaître momentanément l'irresponsabilité habituelle d'un aliéné. D'ailleurs la question de responsabilité se pose rarement dans ce cas et c'est plutôt au point de vue des actes civils que l'expert peut être appelé à donner son avis. Comment pouvoir dire après coup si une personne en état habituel d'aliénation mentale a fait un testament ou accompli un acte civil quelconque pendant un intervalle lucide ayant duré juste le temps nécessaire à la confection de ce testament, à l'accomplissement de cet acte? Il n'y a qu'un moyen, nous semble-t-il, c'est l'examen de ce testament ou de cet acte; il faut voir si celui-ci porte ou non la marque de la folie. Quant aux témoignages des personnes présentes au moment de l'acte ils sont généralement trop intéressés et partant trop suspects pour qu'on puisse leur attribuer une valeur décisive.

Quant aux simples rémissions plus ou moins prononcées et plus ou moins prolongées, voici ce qu'en dit J. Falret : « Ici le doute est permis; la question à résoudre devient une question de degré et par conséquent la solution ne peut être absolue; elle ne peut être formulée en principe par des règles uniformes, et dépend nécessairement de l'examen de chaque fait particulier. Dans ces cas, les partisans même les plus résolus de l'irresponsabilité absolue peuvent admettre une atténuation de la responsabilité, proportionnelle à l'intensité de la maladie ou de la rémission. »

La rémission fait donc disparaître l'irresponsabilité absolue pour faire place à la responsabilité atténuée, mais encore faut-il que cette rémission soit très marquée, durable, que l'aliéné ne soit plus interné, que son état mental ne puisse pas justifier un nouvel internement. Si la rémission était assez peu marquée pour que la réintégration dans l'asile fût légitime, le mieux serait de conclure à l'irresponsabilité et à l'internement. C'est la solution qui conviendra le mieux pour la plupart des aliénés en rémission et particulièrement pour les paralytiques généraux.

Folies transitoires[1].

Dans certains états pathologiques par exemple la dégénérescence mentale les intoxications et surtout l'épilepsie il peut se produire des accès transitoires d'aliénation mentale : le fait n'est pas douteux. C'est la folie transitoire symptomatique. Mais existe-t-il une folie transitoire idiopathique se développant chez des individus parfaitement sains, en dehors de toute prédisposition

[1] Vallon. Les délires transitoires au point de vue médico-légal. Comptes-rendus du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et de pays de langue française, tenu à Angers en 1898.

héréditaire, en l'absence de tout état pathologique antérieur, évoluant rapidement et disparaissant pour ne plus revenir. Voilà une question fort controversée.

En Allemagne, on admet généralement l'existence de la folie transitoire idiopathique. Krafft-Eing, Schwarzen et Kraeplin sont très formels sur ce point, Mendel paraît professer la même opinion.

En France la presqueunanimité des aliénistes français repousse l'existence de la folie transitoire idiopathique. Pour notre part dans une pratique médico-légale déjà longue nous n'en avons pas rencontré un seul cas.

Au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes tenu à Angers en 1898 nous avions été chargé de présenter un rapport sur le *délire transitoire au point de vue médico-légal;* ces lignes n'en sont que le résumé. A la fin de notre exposé nous adressâmes aux membres du Congrès la question suivante :

Quelqu'un peut-il citer un fait de folie transitoire survenu chez un individu parfaitement sain, en dehors de toute prédisposition héréditaire en l'absence de tout état pathologique antérieur? Personne ne répondit. Il y avait pourtant là des aliénistes d'une expérience consommée tels que Motet et Magnan.

L'aliénation mentale transitoire n'est pas de nature à devenir le point de départ d'une action civile telle, par exemple, que la contestation d'un testament; ces troubles mentaux, en effet, semblent acquérir en intensité ce qui leur manque en durée, en sorte qu'ils se traduisent presque uniformément par des actes violents (homicide, coups et blessures, etc.).

Voilà donc le médecin expert en présence d'un individu inculpé de violences envers les personnes. Si par un exceptionnel et heureux hasard, la crise d'aliénation qui va n'être que passagère, n'a pas encore pris fin, le problème à résoudre est relativement simple; il consiste à reconnaître si les troubles mentaux sont réels ou simulés, c'est-à-dire, dans le cas particulier, s'ils présentent bien les caractères d'une des formes transitoires de l'aliénation mentale ou s'ils n'en ont au contraire que l'apparence, que le masque.

Dans l'immense majorité des cas, au moment de l'examen, le trouble mental qui a donné lieu à l'acte incriminé a disparu et sa constatation directe par conséquent, n'est plus possible. L'expert alors n'est plus un témoin, il peut encore cependant par un examen et un interrogatoire minutieux, par une enquête rétrospective bien conduite, arriver à se faire une conviction et éclairer la justice qui fait appel à ses lumières.

Les règles de l'expertise n'ont en somme ici rien d'absolument spécial; elles se réduisent comme toujours, en matière d'aliénation mentale, à envisager parallèlement :

1° L'acte incriminé examiné dans les circonstances qui l'ont précédé, accompagné et suivi;

2° L'inculpé étudié dans son état présent, dans ses antécédents personnels, dans ses antécédents de famille.

Je vais passer brièvement en revue ces divers points :

1° *Etude de l'acte incriminé.* — Souvent c'est l'absurdité même de l'acte

incriminé qui motive l'expertise : l'inculpé par exemple a frappé sans raison sans mobile, etc. Parfois l'acte présente des caractères tellement spéciaux qu'il suffit pour mettre sur la voie du diagnostic, telle l'impulsion épileptique qui porte pour ainsi dire la signature de son auteur.

Les circonstances qui ont suivi l'acte ont quelquefois une grande signification ; nul souci de fuir de la part de l'inculpé, état d'hébétude, sommeil, torpeur, etc.

Enfin les circonstances qui ont précédé l'acte revêtent ici une particulière importance. Il faut rechercher si l'inculpé n'a pas été atteint dans son cerveau par une des influences puissantes (poisons, alcool, émotions, fièvres, insolation, froid) qui, constituent autant de conditions étiologiques favorables à l'explosion de la folie transitoire.

Pour s'édifier sur les caractères et circonstances de l'acte, l'expert aura recours aux pièces de l'information, à l'interrogatoire des témoins, à celui de la victime si elle est en état de s'expliquer, en un mot il s'entourera de tous les renseignements capables d'éclairer son jugement.

2° *Examen de l'inculpé*. — Il peut révéler, à défaut de troubles mentaux caractérisés, quelques vestiges de ces troubles, par exemple une légère obnubilation intellectuelle. On peut constater de la débilité mentale, des stigmates physiques de dégénérescence, des stigmates permanents d'hystérie, des cicatrices de la tête et de la langue résultant de blessures ou de morsures au cours d'un accès comitial, du tremblement des mains et de la langue de nature à faire penser à une intoxication alcoolique, une maladie des centres nerveux ou des nerfs, d'autres maladies telles que la syphilis, etc, etc. ; en un mot reconnaître que l'inculpé constituait un terrain favorable pour l'éclosion d'un accès de folie,

En étudiant minutieusement l'existence entière de l'inculpé depuis sa naissance, au moyen des renseignements fournis, et par lui-même et par sa famille, on arrivera sonvent à se convaincre qu'on se trouve en présence d'un individu atteint d'épilepsie (épilepsie méconnue ou épilepsie larvée), d'un neurasthénique, d'un de ces dégénérés dont l'insuffisance cérébrale éclate plus dans la conduite que dans les opérations intellectuelles, d'un de ces désiquilibrés qui avant de faire un court voyage sur le territoire de la folie, en a longtemps côtoyé les frontières.

Enfin, l'examen des parents, les renseignements recueillis sur eux, apprendront souvent que l'inculpé se trouvait héréditairement prédisposé à l'aliénation mentale.

IV. — ASSURANCES SUR LA VIE

Lorsqu'une personne veut contracter une assurance sur la vie elle doit faire connaître aussi exactement que possible au médecin chargé de l'examiner toutes les maladies dont elle a pu être atteinte. Il est de jurisprudence constante que la dissimulation d'une maladie ou d'une infirmité entraîne la

nullité du contrat d'assurances sur la vie lorsqu'elle est volontaire et dolosive c'est-à-dire de nature à influer sur la nature du risque. Les maladies mentales n'échappent évidemment pas à la règle. Il a été jugé spécialement que commet une réticence entraînant la nullité du contrat l'assuré qui, questionné, à raison de sa profession de restaurateur, d'une manière particulière sur son régime, ne fait pas connaître des habitudes d'intempérance sur la gravité desquelles il lui était impossible de se méprendre (Tribunal civil de la Seine, 28 novembre 1898. *Gazette des tribunaux,* 1899).

Le tribunal civil de la Seine (3e chambre), sous la présidence de M. Roulleau dans son audience du 12 novembre 1902 a rendu un jugement qui est tout le contraire du précédent. (*Gazette des Tribunaux,* novembre 1902.)

M. P..., huissier, assuré sur la vie à la compagnie *La Sauvegarde* s'est donné la mort dans un accès de délire alcoolique. La dame V..., bénéficiaire de la police d'assurance a réclamé la prime à la Compagnie. Celle-ci a refusé de la remettre en donnant la raison suivante : l'assuré nous a caché au moment du contrat qu'il était alcoolique ; ce vice qui était chez lui à l'état chronique doit être assimilé à une maladie quelconque ; donc la police d'assurance est annulée de plein droit.

Le Tribunal a condamné la Compagnie à payer la prime de 15 000 francs avec les intérêts de droit et a mis en outre les dépens à sa charge ; voici le point le plus important de ce jugement :

« Attendu que l'assuré n'était tenu de déclarer que les maladies ou les infirmités dont il se savait atteint ; qu'on ne peut faire rentrer dans les infirmités au sens grammatical ou médical de ce mot, des habitudes ou des passions néfastes qui pourraient avoir, d'une manière éventuelle, une répercussion sur la santé et dont celui qui s'y abandonne ne connaît pas toujours les conséquences fâcheuses ; que par suite, le fait de ne pas déclarer qu'on se livre à l'usage, même abusif, des boissons alcooliques, ne saurait être considéré comme une réticence pouvant vicier le contrat. »

Les diverses maladies mentales, comme l'alcoolisme, peuvent donner lieu à des contestations et par suite à l'intervention du médecin aliéniste, par exemple quand il s'agit de déterminer si telle ou telle maladie, mélancolie, épilepsie, existait déjà au moment où l'assurance a été contractée. La paralysie générale, surtout à sa première période, passe quelquefois inaperçue du médecin de la Compagnie dépourvu le plus souvent de connaissances en psychiatrie. Pour notre part nous avons eu occasion de voir deux paralytiques généraux qui avaient contracté une assurance sur la vie alors qu'ils n'étaient déjà plus au début de leur maladie. Legrand du Saulle [1] a rapporté un fait de ce genre tout à fait instructif.

« Deux frères se présentent un jour dans le cabinet d'un médecin aliéniste de Paris ; c'est le plus jeune qui est malade. Le médecin l'examine et constate chez lui des signes avant-coureurs de paralysie générale. Il fait part de son diagnostic à l'aîné lui fournissant des détails sur l'évolution et la terminaison

[1] Étude médico-légale sur les Assurances sur la vie. Paris, 1867.

de cette maladie. Les visiteurs se retirèrent mais une assurance de 100000 francs fut placée sur la tête du malade, et trois ans après, le frère aîné recueillait tranquillement le produit de son vol. »

Tout contrat d'assurance sur la vie est annulé (à moins d'une clause spéciale) lorsque l'assuré s'est suicidé. On conçoit dès lors que le suicide au cours d'un accès de mélancolie puisse donner lieu à des contestations. Voici à ce sujet comment s'exprime Legrand du Saulle[1] :

« Un individu bien portant est assuré, puis, dans le cours de sa vie, il est frappé d'aliénation mentale. En proie à un délire triste, à des idées de persécution, à des hallucinations, il attente à ses jours. Que devra-t-il arriver? Que les Compagnies d'assurances solderont les héritiers, car celui qui s'est donné la mort dans un accès bien et dûment constaté d'aliénation mentale ne peut être réputé avoir péri victime d'une mort *volontaire*. Cela n'est-il pas de toute évidence et de toute justice? »

En pareille occurrence le médecin aliéniste peut être appelé à examiner et à établir si le suicide a été oui ou non le résultat d'un accès d'aliénation mentale.

V. — ACCIDENTS DU TRAVAIL[2]
PSYCHO-NÉVROSES TRAUMATIQUES

Loi française concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail, (Loi du 9 avril 1898).

Voici les articles ou parties d'articles les plus importants au point de vue médical :

Article premier. — Les accidents survenus par le fait du travail, ou à l'occasion du travail, aux ouvriers et employés occupés dans l'industrie du bâtiment, les usines, manufactures, chantiers, les entreprises de transport par terre et par eau, de chargement et de déchargement, les magasins publics, mines, minières, carrières, et, en outre, dans toute exploitation ou partie d'exploitation dans laquelle sont fabriquées ou mises en œuvre des matières explosives, ou dans laquelle il est fait usage d'une machine mue par une force autre que celle de l'homme, ou des animaux, donnent droit au profit de la victime ou de ses représentants, à une indemnité à la charge du chef d'entreprise, à la condition que l'interruption de travail ait duré plus de quatre jours.

Art. 3. — Dans les cas prévus à l'article premier, l'ouvrier ou employé a droit :

Pour l'incapacité absolue et permanente, à une rente égale aux deux tiers de son salaire annuel;

Pour l'incapacité partielle et permanente, à une rente égale à la moitié de la réduction que l'accident aura fait subir au salaire ;

Pour l'incapacité temporaire, à une indemnité journalière égale à la moitié du salaire touché au moment de l'accident, si l'incapacité de travail a duré plus de quatre jours et à partir du cinquième jour.

[1] Traité de médecine légale, 2e édition, p. 1244.

[2] A consulter : Brouardel (Georges). Les accidents du travail. Guide du médecin. Paris, 1903.

Lorsque l'accident est suivi de mort une pension est servie au conjoint, aux enfants, aux ascendants, à partir du décès, dans des conditions que fixe la suite de l'article 3.

Art. 11. — Tout accident ayant occasionné une incapacité de travail doit être déclaré, dans les quarante-huit heures, par le chef d'entreprise ou ses préposés, au maire de la commune qui en dresse procès-verbal.

Cette déclaration doit contenir les noms et adresses des témoins de l'accident. *Il y est joint un certificat de médecin indiquant l'état de la victime, les suites probables de l'accident et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif.*

Art. 12. — Lorsque d'après le certificat médical, la blessure paraît devoir entraîner la mort ou une incapacité permanente absolue ou partielle de travail, le maire transmet immédiatement copie de la déclaration et le certificat médical au juge de paix du canton où l'accident s'est produit.

Dans les vingt-quatre heures de la réception de cet avis le juge de paix procède à une enquête.

Lorsque le certificat médical ne lui paraîtra pas suffisant le juge de paix pourra désigner un médecin pour examiner le blessé.

Art. 15. — Les contestations entre les victimes d'accidents et les chefs d'entreprise, relatives aux frais funéraires, aux frais de maladie ou aux indemnités temporaires, sont jugées en dernier ressort par le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, à quelque chiffre que la demande puisse s'élever.

Art. 16. — En ce qui touche les autres indemnités prévues par la présente loi, le Président du Tribunal de l'arrondissement convoque, dans les cinq jours, à partir de la transmission du dossier, la victime ou ses ayants droit et le chef d'entreprise qui peut se faire représenter.

S'il y a accord des parties intéressées, l'indemnité est définitivement fixée par l'ordonnance du Président, qui donne acte de cet accord.

Si l'accord n'a pas lieu, l'affaire est renvoyée devant le Tribunal, qui statue comme en matière sommaire, conformément au titre XXIV du livre II du code de procédure civile.

Si la cause n'est pas en état, le Tribunal surseoit à statuer et l'indemnité temporaire continuera à être servie jusqu'à la décision définitive.

Le Tribunal pourra condamner le chef d'entreprise à payer une provision, sa décision sur ce point sera exécutoire nonobstant appel.

Art. 17. — Les jugements rendus en vertu de la présente loi sont susceptibles d'appel selon les règles du droit commun.

Art. 18. — L'action en indemnité prévue par la présente loi se prescrit pour un an à dater du jour de l'accident.

Art. 19. — La demande en revision de l'indemnité fondée sur une aggravation ou une atténuation de l'infirmité de la victime ou son décès par suite des conséquences de l'accident, est ouverte pendant trois ans à dater de l'accord intervenu entre les parties ou de la décision définitive.

Le titre de pension n'est remis à la victime qu'à l'expiration des trois ans.

Le certificat médical qui constitue le complément obligatoire de la déclaration de l'accident n'est pas l'affaire du médecin aliéniste mais celui-ci peut être commis par le juge de paix quand il survient chez le blessé des complications du côté du système nerveux. Il est alors appelé, le plus souvent, sur la demande du médecin primitivement chargé de l'examen du blessé et joue ainsi le rôle d'expert adjoint.

Plus souvent le médecin aliéniste est commis par le Président du Tribunal

ou par la Cour quand il y a appel ; le jugement ou l'arrêt renferme généralement des questions qui précisent sa mission.

Les traumatismes de toutes sortes, les accidents de chemin de fer, peuvent donner lieu à des troubles psychiques ou nerveux variés dont les plus fréquents constituent ce qu'on appelle l'hystéro-neurasthénie traumatique [1].

En face d'un individu victime d'un traumatisme et se plaignant de troubles psycho-nerveux le problème médical à résoudre comprend les termes suivants :

1° Les troubles allégués sont-ils réels ou simulés, quelle est leur nature ?

2° Ces troubles peuvent-ils être mis sur le compte du traumatisme ?

3° Quelle incapacité de travail entraînent-ils (Art. 3)? autrement dit quelle conséquence ont-ils, quelle sera leur durée et leur terminaison ?

Examinons ces divers points en nous plaçant plus particulièrement au point de vue de l'hystéro-neurasthénie traumatique qui est la maladie à laquelle on a le plus souvent affaire dans le cas d'accident.

La simulation n'est pas chose aisée, aussi est elle ordinairement reconnue par un médecin expérimenté. On peut appliquer à l'hystéro-neurasthénie et d'une façon générale à tous les troubles psycho-nerveux d'origine traumatique la juste remarque de Vibert sur les symptômes cérébraux qui se manifestent à la suite des accidents de chemin de fer ; ces symptômes, dit-il, « ne sont pas quelconques ; ils ont, au contraire, des caractères spéciaux et forment *un ensemble particulier,* dont un simulateur ne peut deviner les traits principaux ». D'ailleurs avec les troubles purement subjectifs d'un contrôle difficile il existe le plus souvent dans les névroses traumatiques des signes objectifs que le malade ne peut simuler : amaigrissement, diminution des forces, troubles de la sensibilité générale et spéciale, troubles de la motilité, tachycardie, etc.

Quelquefois cependant la maladie peut être fruste, ne se révéler que par un très petit nombre de symptômes ; le médecin a alors besoin de toute sa sagacité pour reconnaître s'il y a ou non simulation.

Si la simulation de troubles morbides n'existant nullement est assez rare, en revanche il est commun d'observer une exagération des symptômes qui de la part du malade peut être consciente ou au contraire inconsciente.

La victime d'un accident a tout intérêt à faire croire à des troubles graves car du plus ou moins de gravité de ceux-ci dépend le taux de l'indemnité qui lui sera allouée ; elle cherche donc souvent, volontairement, dans un but intéressé, à se faire passer pour plus malade qu'elle n'est.

Mais le blessé, de par sa neurasthénie, voit tout en noir, craint de ne pas guérir, se croit perdu et par suite très sincèrement exagère toutes ses souffrances. Il est d'ailleurs souvent en même temps hystérique et comme tel a une propension marquée à mentir, à tromper.

[1] A consulter : Blum. L'hystéro-neurasthénie traumatique (Railway-Spine). Paris, 1893. — Joseph Fabre. L'hystéro-neurasthénie traumatique devant la loi dans les accidents de chemins de fer. Thèse de Paris, 1893. — Christian. Les traumatismes du crâne dans leurs rapports avec l'aliénation mentale. *Archives de neurologie,* 1889. N[os] 52 et 53. — Ch. Vibert. La névrose traumatique, Paris, 1893.

Faire la part de ce qui est le réel et de ce qui est l'exagération consciente ou inconsciente est œuvre de patience et d'attention.

Arrivons à la seconde question : les troubles observés étant réels, peuvent-ils être mis sur le compte de l'accident ? Pour ce qui est de la réalité du traumatisme, des blessures qu'il a occasionnées et des divers troubles de la santé qui se sont produits immédiatement après, l'expert aliéniste n'a pas à s'en occuper, tout cela est attesté par des certificats médicaux versés au dossier ; son rôle est limité à l'appréciation des troubles psycho-nerveux qui se sont développés parfois longtemps après l'accident et à leur genèse.

L'origine traumatique de troubles psycho-nerveux toujours possible est souvent probable, rarement certaine. L'expert devra donc se montrer très réservé dans ses déclarations à ce sujet, chaque cas particulier demandant d'ailleurs une étude spéciale. L'expert n'oubliera pas que ce sont parfois les traumatismes en apparence insignifiants qui donnent lieu aux complications les plus graves du côté du système nerveux.

En ce qui concerne l'hystérie traumatique il faut bien savoir que le traumatisme ne crée pas l'hystérie mais provoque seulement ou réveille cette névrose ; agissant surtout par un mécanisme psychique, par l'émotion ou la terreur qu'il a provoquée. Il faudra d'ailleurs toujours rechercher si avant l'accident il n'existait pas déjà des troubles psycho-nerveux ; si les phénomènes que l'on observe ne relèvent pas au moins en partie du tabagisme ou d'une intoxication, particulièrement de l'alcoolisme.

Au point de vue de la nature de l'incapacité de travail nulle règle générale ne peut être tracée : c'est toujours une question d'espèce. Il en est de même de la terminaison de la maladie : celle-ci peut guérir plus ou moins rapidement ; elle peut à la longue entraîner la mort. L'expert devra donc se tenir ici plus que jamais sur une prudente réserve. Il montrera les éventualités possibles, il indiquera la plus probable, mais il se gardera d'affirmations catégoriques sur la durée de la maladie, sur sa curabilité ou au contraire son incurabilité. Les événements pourraient lui infliger de fâcheux démentis.

Un fait curieux et bien établi c'est que, en dehors de toute question de simulation ou d'exagération volontaire, le règlement du procès, en faisant disparaître les préoccupations du malade à ce sujet, amène souvent la guérison et cela en quelques jours, presque subitement.

RAPPORT 35. — HYSTÉRO-NEURASTHÉNIE TRAUMATIQUE

Chute d'une hauteur de trois mètres. — Blessures sans gravité. — Guérison. — Développement progressif d'un état neurasthénique. — Etat curable. — Durée probable, dix-huit mois au minimum. — Troubles de la vue incurables dont la production a été secondée et accentuée par des habitudes alcooliques.

Nous soussignés, G. Ballet, Laugier, Ch. Vallon, avons été commis, par un jugement du Tribunal civil de la Seine, à l'effet d'examiner le sieur L... ouvrier charpentier, victime d'un accident survenu le 15 octobre 1899, et de dire quelles sont les blessures à lui occasionnées par l'accident,

quelles en ont été ou seront les conséquences au point de vue des incapacités de travail temporaires ou permanentes, partielles ou absolues ; à quelle époque a cessé ou cessera l'incapacité temporaire et en cas d'incapacité permanente quelle en est la nature et la gravité au point de vue des moyens et facultés de travail du blessé, de dire notamment si l'accident du 15 octobre n'aurait pas entraîné des troubles nerveux ou cérébraux, de quelle nature ils seraient et quels en seraient les effets et conséquences. Serment prêté, nous avons consigné dans le présent rapport le résultat de notre examen.

Au mois d'octobre 1899, L... travaillait en qualité d'ouvrier charpentier, à la construction du palais des Armées de terre et de mer, sur le quai d'Orsay, lorsque l'échafaudage s'effondra. Il tomba d'une hauteur d'environ 3 mètres et fut en outre atteint par la chute d'un madrier. Il en résulta des blessures qui ont été relatées dans un premier constat fait par le Dr Hène, à la réquisition du commissaire de police, et dans le rapport rédigé par l'un de nous à la date du 23 février 1900. Ces blessures consistaient en une plaie contuse assez considérable du bras droit, localisée à la partie supérieure de la face interne, en des érosions légères du poignet et de la main gauches, en une contusion de la région costo-iliaque droite. Elles ont été, en tant que lésions d'ordre chirurgical, sans gravité.

Mais à mesure qu'elles guérissaient, s'est développé progressivement chez L... comme cela se passe assez souvent chez les individus qui ont été victimes d'accidents, un état de neurasthénie dont les signes ont été et sont encore indéniables.

Déjà dans le rapport rédigé par l'un de nous, en février 1900 il y avait été fait allusion et on signalait « une sorte d'ébranlement général suivi de troubles neurasthéniques ».

Parmi les signes et les conséquences de cet ébranlement nerveux, les uns se sont, depuis un an, modifiés en bien, d'autres se sont accentués. Voici les troubles que nous relevons actuellement chez L... :

1° Insomnie habituelle. Cauchemars dans le sommeil au cours desquels le malade revoit les épisodes de l'accident d'octobre ;

2° Céphalalgie bi-temporale, modérée mais tenace ;

3° Perte d'appétit. Le malade a eu, au début, des vomissements qui sont fréquents dans la neurasthénie traumatique, mais ces vomissements ont actuellement cessé ;

4° Diminution de l'aptitude génitale, qui chez L..., est tombée notablement au-dessous de ce qu'elle est chez un homme de son âge ;

5° Amaigrissement marqué ;

6° Du côté de l'appareil circulatoire, augmentation du nombre des battements du cœur qui s'élève, à 120 par minute ;

7° Affaiblissement accusé de la force musculaire du côté gauche mais principalement du côté droit ;

8° Exagération très accusée des réflexes tendineux, aux membres inférieurs et supérieurs ;

9° Diminution nette et même sur certaines régions du corps, abolition de la sensibilité à la douleur ;

10° Plaque d'hypéresthésie douloureuse sur la partie latérale droite du thorax et de l'abdomen, qui se révèle au moindre contact et détermine une gêne accusée des mouvements ;

11° Diminution assez considérable de l'acuité auditive.

Parmi ces symptômes il en est de capitaux et de moins importants ; l'insomnie, les cauchemars, la céphalalgie, la perte d'appétit, la diminution de l'aptitude génitale ne peuvent être directement constatés et comme en ce qui les concerne, on est obligé de s'en rapporter aux dires du malade, on pourrait les tenir pour suspects si l'on ne savait qu'ils se présentent dans la névrose traumatique, avec les caractères que L... leur assigne.

D'ailleurs il y a d'autres symptômes beaucoup plus significatifs : l'exagération des réflexes, l'augmentation du nombre des pulsations cardiaques, l'analgésie cutanée; sans parler de l'amaigrissement.

Tous ces troubles reproduisent le tableau classique de l'hystéro-neurasthénie traumatique dans sa forme de gravité moyenne. Il est certain qu'ils sont une entrave au travail et qu'actuellement L..., est dans l'impossibilité de gagner sa vie. Ces troubles ne sont pas de leur nature incurables; leur durée est très difficile à préciser. En leur assignant celle de dix-huit mois, nous donnons une moyenne qui a des chances de correspondre à la vérité.

Mais indépendamment des symptômes que nous venons de signaler, nous devons appeler l'attention sur quelques autres :

Nous avons trouvé mentionnée dans plusieurs documents de la cause, et l'un de nous avait relevé le fait dans son rapport, une certaine irritabilité portant le malade à la colère et aux propos violents. Il n'est pas impossible qu'il faille rattacher ces symptômes à des habitudes alcooliques plus vraisemblables qu'avérées. Ce que nous pouvons dire, c'est que l'irritabilité, au moins à ce degré, ne fait pas partie de la symptomatologie habituelle de la névrose traumatique.

Enfin il importe de signaler spécialement les troubles de la vision dont L..., se plaint. Il assure qu'il voit très trouble de l'œil gauche. Nous avons tenu à cet égard à faire vérifier et compléter par un ophtalmologiste compétent nos propres constatations. M. le Dr Dehenne qui a bien voulu examiner l'œil à l'ophtalmoscope a relevé « une atrophie complète et incurable du nerf optique de l'œil gauche et l'absence de lésion de l'œil droit ». Dans ces conditions on peut affirmer que la vision d'un côté est définitivement compromise et peut-être celle de l'autre côté est-elle appelée à être intéressée dans l'avenir. Il nous paraît indéniable qu'il y ait relation entre ces désordres de l'œil et le traumatisme qu'a subi L..., Toutefois nous ne pouvons pas affirmer que l'action de ce traumatisme n'a pas été préparée et secondée par des abus alcooliques.

Conclusions. — 1° L..., est affecté d'hystéro-neurasthénie traumatique.

2° Cette affection le met dans l'impossibilité de travailler.

3° Elle est curable mais on ne peut en préciser la durée; à titre d'indication, nous pouvons fixer celle-ci à un minimum de dix-huit mois.

4° Il n'est pas douteux que l'affection ait été la conséquence de l'accident du mois d'octobre 1899.

5° L..., présente en outre de l'atrophie papillaire de l'œil gauche qui compromet définitivement la vision de ce côté et menace la vision de l'œil gauche.

6° Cette atrophie doit être considérée comme une conséquence de l'accident, dont les effets paraissent avoir été secondés et accentués par des habitudes alcooliques.

VI. — FOLIE PRÉTEXTÉE OU SIMULÉE

Les individus accusés de délits ou de crimes dans l'espoir d'éviter la condamnation dont ils sont menacés, les conscrits et les soldats dans le but d'échapper au service militaire, cherchent parfois à se faire passer pour fous; à cet effet, ou bien ils se bornent à prétexter des troubles mentaux ou bien, allant plus loin, ils simulent l'aliénation mentale. Il y a donc lieu de distinguer la *Folie prétextée* ou *alléguée* et la *Folie simulée*.

Folie prétextée. — Les cas de folie alléguée sont beaucoup plus fréquents que ceux de simulation véritable. Il est commun qu'un inculpé lui-même, sa famille ou son avocat invoque comme excuse soit un état d'inconscience ou de demi-conscience au temps de l'acte soit des antécédents pathologiques personnels ou héréditaires.

Afin d'expliquer l'état d'inconscience on met le plus habituellement en avant, pour les hommes, des excès alcooliques, pour les femmes une période menstruelle ou l'âge critique, pour tous des impulsions irrésistibles. Nous avons traité antérieurement la question du délire transitoire, de la folie momentanée durant juste le temps nécessaire à la perpétration du méfait. En ce qui concerne l'abus des boissons spiritueuses, l'expert devra rechercher si l'inculpé était réellement sous l'influence de l'alcool et, dans l'affirmative, s'il était en proie à un véritable délire alcoolique ou seulement en état d'ivresse, se rappelant que cette dernière n'est pas une excuse légale. Nous avons dit ailleurs la conduite à tenir dans les cas où on allègue un trouble mental lié à à la vie génitale de la femme. Pour ce qui a trait aux impulsions l'expert cherchera par des questions adroites à savoir si l'inculpé a bien éprouvé les divers troubles psychiques et physiques qui forment le cortège habituel des obsessions et des impulsions.

Les *voleuses des grands magasins*[1] invoquent souvent comme excuse une sorte d'étourdissement, de griserie particulière, d'attraction spéciale exercée sur elles par les étalages. Dans ces établissements tout est mis en œuvre,

[1] Ch. Lasègue. Vol aux étalages. *Etudes médicales*, t. I, p. 679.
Paul Dubuisson. Les voleuses de grands magasins.

cela est certain, pour tenter les visiteuses et les femmes malades ou simplement douées de peu de résistance morale, ne sont pas sans excuse quand elles succombent par hasard à la tentation.

Dans tous les cas où il s'agit d'établir rétrospectivement l'état mental au temps de l'acte il importe d'étudier soigneusement cet acte lui-même et de voir s'il présente ou non un caractère pathologique [1].

Les antécédents personnels le plus souvent mis en avant comme excuse sont : une méningite? ou des convulsions remontant à l'enfance, la fièvre typhoïde, une chute sur la tête, et aussi, depuis la fréquence des expéditions lointaines, le paludisme, l'insolation. Toutes ces maladies sont sans doute de nature à produire des altérations cérébrales, mais elles peuvent aussi guérir sans laisser de traces ; le fait seul qu'elles ont eu lieu ne saurait donc permettre de conclure à l'existenee de troubles de la santé cérébrale en l'absence de tout symptôme morbide.

L'internement antérieur dans un asile d'aliénés est une circonstance propre à solliciter toute l'attention de l'expert. Celui-ci devra s'inquiéter du nombre des placements, des conditions dans lesquelles ils ont eu lieu, des actes qui ont pu les motiver, de la nature et de la durée de la maladie mentale, de l'état au moment de la sortie (guérison ou amélioration), enfin du laps de temps qui s'est écoulé entre la sortie et la perpétration du crime ou du délit. Tous ces détails ont leur importance on le conçoit aisément. Le fait qu'un inculpé a été atteint d'un ou de plusieurs accès d'aliénation mentale constitue une présomption de manque d'équilibre cérébral, une prédisposition à de nouveaux accès, mais il n'est cependant pas une preuve d'un état actuel de folie ; s'il peut donc être un motif d'indulgence il ne saurait conférer un brevet d'irresponsabilité.

L'hérédité est constamment invoquée comme excuse, car quelle est la famille dans laquelle on ne puisse trouver, à une génération ou à une autre, au moins un membre présentant ou ayant présenté des troubles mentaux plus ou moins caractérisés. Mais si l'hérédité joue un rôle considérable dans la genèse des maladies mentales, son action n'a néanmoins rien de fatal ; même dans les familles les plus tarées au point de vue cérébral, on trouve des individus parfaitement sains d'esprit. Tous les enfants d'aliénés ne sont pas frappés de folie pas plus que tous les enfants de tuberculeux ou de cancéreux ne sont atteints de cancer ou de tuberculose.

Au surplus en matières d'antécédents héréditaires il importe de faire des distinctions. Tout d'abord il est des maladies mentales personnelles, relevant de causes fortuites, et on ne considérera pas comme héréditairement taré un inculpé qui aura parmi ses oncles ou tantes, ses cousins ou cousines, voire même ses frères ou sœurs des personnes qui sont devenues aliénées, soit à la suite d'excès de boissons, soit consécutivement à une fièvre typhoïde, soit en raison d'une chute ou d'un coup sur la tête, soit enfin du fait d'une vieille

[1] Henri Dagonet. Considérations médico-légales sur l'aliénation mentale. Thèse de Paris, 1849.

syphilis qui atteint le cerveau. En second lieu quand il s'agit des ascendants, du père ou de la mère, il faut rechercher si la maladie mentale existait avant la naissance de la personne soumise à l'examen ou ne s'est au contraire montrée que postérieurement : dans le premier cas son influence est naturellement bien plus à redouter que dans le second. De même un état permanent d'aliénation mentale du père ou de la mère constitue pour les enfants une menace autrement grave qu'un accès passager d'aliénation mentale. Quand la maladie mentale du père ou de la mère apparue postérieurement à la naissance de l'enfant a pour facteur une cause individuelle elle ne constitue pas, à proprement parler, un antécédent héréditaire.

En résumé lorsqu'un fait d'hérédité soit collatérale soit directe est allégué comme excuse il faut toujours le soumettre à une critique rigoureuse et souvent on s'apercevra qu'il n'a nullement l'importance que lui attache l'inculpé, la famille ou le défenseur.

RAPPORT 36. — FOLIE PRÉTEXTÉE. — RESPONSABILITÉ

Homme de trente-sept ans. — Inculpation d'abus de confiance. — Sommes soustraites successivement et dépensées au jeu. — Allégation de troubles cérébraux héréditaires par la femme de l'inculpé. — Rien à l'examen. — Pas de trouble allégué par l'inculpé. — Indulgence dans le cas où les allégations de la femme seraient exactes. — Condamnation.

D... était depuis cinq ans au service de M. B... agent maritime aux appointements de 3.000 francs. Son patron a déclaré qu'il n'avait qu'à se louer de lui sous tous les rapports. Le 17 février dernier, vers une heure de l'après-midi, D... s'est présenté à M. B... et lui a déclaré que depuis deux ans il abusait de sa confiance en faussant les additions de ses livres et qu'ainsi il s'était approprié une somme de 6.000 francs par fractions. Il était manifestement ivre, aussi son patron n'a pas voulu le croire et l'a éconduit.

Le lendemain, sur l'invitation de son patron qui l'avait envoyé chercher à son domicile, D... a donné lui-même la preuve de ses détournements. Il a de plus avoué avoir encaissé le montant de deux factures.

L'expert comptable a évalué les détournements commis par D... à la somme de 7.105 francs.

Mme D... a adressé à M. le juge d'instruction une lettre pour lui demander de faire examiner son mari par un médecin aliéniste, alléguant que plusieurs de ses parents étaient morts fous et que lui-même n'était pas en pleine possession de ses facultés.

Mme D..., sur mon invitation, a précisé ses allégations de la manière suivante :

« Le père de mon mari, m'a-t-elle dit, passait pour fou, il n'a cependant pas été enfermé dans un asile d'aliénés. D'un premier lit il a eu un fils qui est mort d'un accès de fièvre chaude il y a deux ou trois ans. Des trois fils de celui-ci, par conséquent les cousins germains de mon mari, l'un est mort poitrinaire, l'autre épileptique s'est suicidé, le troisième, aliéné, est placé à

Lyon dans une maison de santé. La mère de mon mari est très bien sous tous les rapports. Quant à mon mari, étant enfant, il avait, paraît-il, des accès de somnambulisme. Je suis mariée avec lui depuis cinq ans; il m'a toujours paru bizarre : il était sobre, bon, doux, dévoué, mais très jaloux, très impressionnable, très sauvage, ne voulant voir personne. Parfois il se couchait aussitôt en rentrant de son bureau, sans même manger; la nuit, il lui arrivait d'avoir peur d'une tête de bouc qui orne une suspension. Nous avons eu un seul enfant qui est mort, au bout de quelques mois, de méningite. »

Telles sont les explications qui m'ont été fournies par la femme de l'inculpé. J'ai écrit à la mère de celui-ci la priant de me donner à son tour des renseignements sur son fils et de me fournir si possible des pièces établissant la véracité de ses dires. Mme D... m'a envoyé une lettre qui confirme simplement les allégations de sa bru.

Depuis qu'il est à Mazas, D... n'a donné lieu à aucune remarque particulière de la part du personnel de la prison, il n'a rien dit ni rien fait pouvant donner à penser qu'il est atteint de troubles cérébraux.

Il est calme, lucide, exempt de délire et d'hallucinations, on ne constate chez lui aucun trouble de la sensibilité soit générale soit spéciale, mais seulement un peu de tremblement, indice d'un tempérament nerveux. Ce tremblement ne saurait être mis sur le compte de l'alcoolisme car, quand je l'examine, D... est depuis assez longtemps déjà privé de toute boisson spiritueuse. D'ailleurs, il assure n'avoir commis que quelques légers excès alcooliques. Il parle d'un ton posé et s'exprime très correctement. Ses déclarations paraissent empreintes d'une entière franchise et il ne cherche nullement à excuser sa conduite par un trouble mental quelconque.

Il me confirme les assertions de sa mère et de sa femme touchant sa famille et me fournit sur son passé et sur les faits qui l'amènent devant la justice les explications suivantes :

Il ne se souvient pas d'avoir jamais été malade, sa mère lui a dit seulement qu'étant au collège il avait eu des accès de somnambulisme. Il a été élevé à Londres où il est resté jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans. En dernier lieu il était caissier chez un agent maritime auquel il a soustrait environ 7.000 francs qu'il a dépensés à jouer sur les valeurs à lots. Il a commencé par prendre son mois d'avance, il l'a perdu au jeu; dans l'espoir de le rattraper il a détourné de l'argent pour jouer de nouveau et c'est ainsi que petit à petit il est arrivé à détourner une forte somme. « Que voulez-vous, me dit-il, on se laisse entraîner, et quand on a commencé on ne peut plus s'arrêter. »

Il n'a pas du tout l'air ému, il parle d'un ton dégagé et presque en souriant. Je lui en fais l'observation : il me répond qu'il a toujours la physionomie souriante mais que cela ne l'empêche pas d'avoir au fond beaucoup de chagrin. Son calme, ajoute-t-il, tient à ce qu'il s'est produit une détente en lui. Depuis deux ans il vivait dans des transes continuelles se demandant chaque matin si le soir il ne serait pas en prison; depuis qu'il a avoué, il se sent débarrassé d'un poids. Il y a longtemps qu'il voulait avouer, car il en

avait assez, mais il n'osait pas ; pour se donner du courage il a bu un peu et a fini alors par aller tout conter à son patron.

Je lui dis que d'après les déclarations de sa femme, par moments il n'aurait pas la tête à lui. Il me répond simplement que s'il était bizarre, s'il ne dormait pas c'est qu'il n'avait pas la conscience tranquille.

D... repousse donc toute imputation de trouble cérébral Ce fait ne saurait évidemment suffire à le faire déclarer sain d'esprit, car la folie est un mal généralement ignoré de celui qui en est atteint, mais actuellement on ne constate chez l'inculpé aucun trouble mental et d'autre part il suffit d'examiner les actes incriminés pour voir que ceux-ci ne présentent pas un caractère pathologique.

D. n'est donc pas fou, mais une lourde hérédité pathologique pèserait sur lui. Je n'ai pas le moyen de vérifier si les assertions de la mère et de la femme de l'inculpé sur ce point sont véridiques ; en les prenant pour exactes, quelle conséquence faudrait-il en tirer? Sans doute plus un individu a de fous dans sa famille, plus il a de chance d'être lui-même atteint d'aliénation mentale, mais cependant l'hérédité n'est pas fatale, elle constitue une simple prédisposition à la folie, qui aboutit ou n'aboutit pas à la maladie confirmée. D... aurait bien offert quelques troubles nerveux dans l'enfance, il serait bien un peu bizarre, il est d'un tempéramment nerveux, mais de là à la folie on conçoit qu'il y a loin.

Conclusions. — 1° D... n'est pas atteint d'aliénation mentale, rien n'indique qu'il fut hors de raison au moment où il a commis les actes dont il est inculpé, actes qui d'ailleurs n'ont pas un caractère pathologique, il doit donc en rendre compte à la justice.

2° D... aurait des antécédents héréditaires, il aurait présenté quelques troubles nerveux; si ces faits étaient bien établis, ils seraient de nature à lui concilier une certaine indulgence.

D... mis en liberté provisoire a pris la fuite. Le 7 mai 1898, la Cour d'assises de la Seine l'a condamné par contumace à dix ans de réclusion.

RAPPORT 37. — VOL. — KLEPTOMANIE ALLÉGUÉE. — RESPONSABILITÉ

Femme cinquante ans. — Pas d'antécédents. — Flagrant délit de vol. — Au domicile grande quantité de marchandises volées. — Kleptomanie alléguée. — Aucun trouble mental. — Responsabilité. — Quelques réserves sur les actes incriminés. — Condamnation.

Mme B... vient de franchir la cinquantaine, mais ne paraît pas son âge ; vive, alerte, la physionomie ouverte, parlant avec une certaine volubilité, elle donne tout de suite l'impression d'une personne intelligente. Elle n'a aucun antécédent névropathique soit héréditaire, soit personnel ; son père est décédé vers soixante-six ans, il était atteint de la goutte ; sa mère est morte d'une maladie de poitrine, vers l'âge de quarante-huit ans ; elle a eu les maladies habituelles de l'enfance, mais depuis, sa santé a toujours été

satisfaisante, elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs, elle ne présente d'ailleurs aucun des troubles de l'innervation connus sous le nom de stigmates permanents d'hystérie ; elle a toujours été bien réglée ; mariée à vingt ans elle a eu un fils aujourd'hui âgé de trente ans ; elle paraît d'ailleurs avoir été assez malheureuse en ménage et a divorcé au bout de quelques années. Sans être riche elle est dans l'aisance : soit de ses ressources personnelles, soit de ce que lui donne son amant, elle se fait un revenu annuel de 4.000 à 5.000 francs. Son casier judiciaire est vierge de toute condamnation.

Dans l'après-midi du 22 mars dernier, Mme B... a été arrêtée au moment où elle venait de dérober dans les magasins du Bon Marché, un col de 15 fr. 50. Une perquisition pratiquée à son domicile a amené la découverte de marchandises volées dans divers magasins : (Bon Marché, Louvre, Printemps, Place Clichy, Ville Saint-Denis) représentant une valeur totale de 7.483 francs environ.

Tels sont les faits qui amènent Mme B... devant la justice. Interrogée sur ces différents vols, elle nous donne les explications suivantes :

« Il y a deux ans ou deux ans et demi, j'ai dérobé dans je ne sais plus quel magasin, un objet quelconque ; je ne me rappelle plus lequel et depuis cette époque j'ai continué à voler, je volais pour voler. Était-ce une envie de choses que je n'avais pas encore, était-ce une autre idée, je ne sais au juste ; peut-être suis-je atteinte d'une monomanie ; mais ce qui est certain c'est que je n'avais pas besoin des objets que je prenais, je ne m'en servais pas, cela a été constaté, enfin je n'ai jamais fait aucun rendu, je n'ai jamais tiré profit de mes vols. »

Ce qui frappe tout d'abord dans les explications de Mme B... c'est la facilité avec laquelle elle expose son cas, l'habileté avec laquelle elle met en relief toutes les circonstances pouvant donner à ses vols le caractère d'actes irréfléchis et sans but intéressé. Les personnes qui ont commis des vols pathologiques ne se représentent guère sous cet aspect; généralement au contraire elles ne mettent que peu d'ardeur à se justifier et il faut pour ainsi dire leur arracher des explications qu'elles ne donnent pas spontanément. En second lieu l'impulsion au vol, la kleptomanie, ne se rencontre en dehors de la grossesse que chez les déséquilibrés, les dégénérés ou les hystériques. Mme B... n'est pas enceinte, elle n'est pas atteinte d'hystérie ; rien dans son état présent ou dans ses antécédents ne permet de supposer qu'elle soit une mal équilibrée, tout au contraire, elle est fort intelligente et raisonne très correctement.

Autre fait : ce qui constitue la kleptomanie, ce n'est pas seulement le vol proprement dit, mais l'ensemble des phénomènes si caractéristiques qui l'accompagnent; l'idée obsédante de vol, l'irrésistibilité de l'acte, la lutte, l'angoisse et la satisfaction de la malade après l'acte accompli ; chez Mme B... rien de semblable.

Enfin une dernière considération qui a bien sa valeur. Le kleptomane agissant sous l'influence d'une impulsion irrésistible ne peut pas choisir son moment pour voler et par suite se fait bientôt prendre.

Mme B..., quand elle a été surprise, volait depuis plus de deux ans, elle avait volé souvent car les objets dérobés représentent une valeur de plus de sept mille francs. Ce fait semble indiquer qu'elle prenait des précautions, qu'elle se cachait habilement : c'est là une façon de procéder qui ne va guère avec l'impulsion maladive.

En résumé donc Mme B... ne présente aucun trouble des facultés mentales, et les actes qu'elle a commis n'ont pas les caractères d'actes pathologiques. Toutefois il est un point que nous ne saurions passer sous silence. A l'audience du 5 mai de la 11e Chambre correctionnelle, sur interpellation de Me L..., défenseur de Mme B..., M. C..., inspecteur aux magasins du Bon Marché a dit : « Le jour où j'ai arrêté la prévenue, elle avait un sac à main, raccommodé avec une ficelle, alors qu'elle en avait plusieurs en bon état chez elle. A son domicile il a été trouvé trente-huit mantilles volées; quelques-unes seulement avaient été portées. Parmi les objets un certain nombre étaient volés depuis longtemps et n'avaient jamais servi. »

S'il était prouvé que l'inculpée n'a ni porté, ni donné, ni vendu les objets dérobés, on conçoit qu'il pourrait s'élever quelques doutes sur le caractère de l'acte incriminé.

De tout ce qui précède, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

Conclusions. — 1° Mme B... n'est pas aliénée ; les actes dont elle est inculpée ne présentent pas les caractères d'actes pathologiques; elle doit donc en rendre compte à la Justice.

2° Toutefois s'il était bien établi que Mme B... n'a jamais tiré ni utilité, ni profit des objets qu'elle a dérobés, il y aurait quelques réserves à faire sur les caractères des actes incriminés.

Mme B... a comparu devant le Tribunal correctionnel qui l'a condamnée à quatre mois de prison.

Folie simulée. — Les cas de simulation de la folie ne sont pas aussi fréquents qu'on le croit généralement. Les médecins qui n'ont pas l'habitude des aliénés sont assez portés à voir des simulateurs dans tous les délinquants ou criminels qui présentent des troubles mentaux; en réalité les simulateurs ne constituent qu'une minorité parmi les individus soumis à un examen médico-légal. Cependant leur nombre s'est sensiblement accru depuis la loi sur la relégation et la plupart des simulateurs sont des accusés relégables qui en cherchant à en imposer pour la folie jouent, pour ainsi dire, leur dernière carte.

Le médecin rompu à la pratique des maladies mentales, le médecin d'asile qui vit constamment avec les aliénés n'a pas de peine, le plus souvent, à reconnaître la simulation; mais s'il lui est facile de se convaincre lui-même, il lui est plus difficile de faire passer sa conviction dans l'esprit des magistrats, des jurés et surtout des avocats. Les manifestations de la folie simulée comme les symptômes de la folie vraie sont pour la plupart d'ordre subjectif et il n'y a

pour ainsi dire pas un seul d'entre eux dont la présence ou l'absence permette de dire sûrement, ceci est de la folie et celà est de la simulation.

C'est, non à un symptôme, mais à un ensemble de symptômes qu'on reconnaît la folie vraie ; chaque variété de celle-ci a en effet comme toute maladie un début, une symptomatologie et une évolution propres qu'on ne trouve pas dans la folie simulée. Aussi la première condition pour démasquer le simulateur est-elle de bien connaître les aliénés. « Ce n'est en effet, comme le dit justement Tardieu, que par une connaissance approfondie de la réalité qu'il est possible de reconnaître la simulation. »

Nous allons examiner successivement le début de la folie simulée, les diverses formes qu'elle revêt, son évolution, les moyens de la reconnaître.

Début. — La plupart des maladies mentales ont des prodromes, la folie simulée apparaît, au contraire, brusquement, quelquefois au moment de l'arrestation, plus souvent au cours de l'instruction. Un pareil début est suspect et doit éveiller des doutes sur la réalité de manifestations morbides, mais il ne suffit pas à les faire tenir pour simulées. En effet un véritable accès d'aliénation mentale peut parfaitement éclater ainsi, surtout chez un prédisposé, criminel d'occasion, sous l'influence de la violente secousse causée par la perpétration du crime, par l'incarcération et la crainte du châtiment. Il ne faut pas oublier qu'un accès d'alcoolisme peut, comme nous l'avons dit, éclater après l'emprisonnement sous l'influence de la privation brusque de l'excitant habituel.

Laurent[1] déclare qu'il n'a pas recueilli de faits où la folie ait été simulée avant l'accomplissement du crime, mais il ajoute que pourtant de pareilles circonstances peuvent se présenter. Nous avons observé un cas curieux de *simulation préventive de la folie*[2] : Il s'agissait d'un homme d'affaires se livrant habituellement à des opérations louches qui avait eu la précaution de commettre à l'avance, en même temps que des escroqueries, des excentricités qui, dans sa pensée, devaient constituer autant d'arguments irréfutables en faveur d'un trouble intellectuel, et qu'il allégua en effet comme excuse le jour où il fut arrêté. Nous n'eûmes pas de peine à dévoiler la supercherie et l'inculpé traduit en police correctionnelle fut condamné.

Séglas[3] a communiqué à la Société médico-psychologique un fait ayant quelque analogie avec le nôtre.

Formes de la simulation. — La simulation peut revêtir toutes les formes imaginables.

La *manie* avec ses actes extravagants, ses gestes désordonnés, ses propos incohérents, réalise pour le vulgaire le vrai type de la folie, aussi est-elle la variété d'aliénation mentale le plus souvent simulée. Mais le simulateur se

[1] Armand Laurent. Etude médico-légale sur la simulation de la folie. Considérations cliniques et pratiques à l'usage des médecins experts, des magistrats et des jurisconsultes. Paris, 1866.

[2] Ch. Vallon. *Annales médico-psychologiques.* Janvier-février 1898, p. 115.

[3] Séglas, même volume, p. 286.

garde rarement d'exagérer les manifestations du trouble intellectuel. Quand, forçant l'attention du maniaque pour un moment, on lui pose des questions précises, quand par exemple on lui demande son nom, son âge, sa profession on parvient à obtenir des réponses pertinentes. Le simulateur persuadé que le vrai fou ne saurait prononcer même quelques paroles sensées s'attache à mettre le plus de désaccord possible entre ses réponses et les questions qu'on lui pose, à ne tenir que des discours absurdes. En voulant trop faire croire à la folie, il donne une excellente preuve de simulation. Le simulateur qui n'a pas l'excitation cérébrale du vrai maniaque se fatigue vite à jouer son rôle. Il éprouve le besoin de cesser par moments ses gesticulations et ses vociférations, de se reposer et même de dormir ; mais il montre de nouveau du désordre dans les actes et les paroles aussitôt qu'on vient à l'interroger ou même à l'observer.

La *mélancolie,* surtout la *dépression mélancolique* et la *stupeur* sont plus faciles et moins fatigantes à simuler. L'immobilité et le silence qui caractérisent ces états peuvent être observés sans peine mais ce qu'il est impossible de réaliser c'est l'abaissement de la température, le refroidissement et la cyanose des extrémités, la lenteur du pouls et de la respiration.

Les simulateurs prennent parfois le masque de l'*idiotie* et de l'*imbécillité* ou de la *démence* ignorant que les deux premières sont des états congénitaux, que la troisième ne survient qu'à la suite de psychoses de longue durée, de maladies organiques du cerveau, par les progrès de l'âge et que par conséquent ils ne peuvent être devenus imbéciles, idiots ou déments pour ainsi dire du jour au lendemain.

Les *délires partiels* comme le *délire* de *persécution* roulant sur un nombre d'idées restreintes seraient un thème facile à imiter pour une personne ayant des connaissances en médecine mentale ; heureusement les simulateurs auxquels on a affaire sont ignorants des choses de la psychiâtrie et ne résistent pas à la tentation d'étendre le champ de leur délire et y mêlent des troubles intellectuels, absents dans la réalité, comme l'amnésie et particulièrement l'oubli des faits incriminés.

L'*alcoolisme,* très souvent allégué comme nous l'avons dit, est parfois aussi simulé : ce sont généralement des individus précédemment atteints de délire alcoolique qui se rappelant les troubles psychiques et notamment les hallucinations auxquels ils furent en proie, déclarent les éprouver de nouveau ; mais ils ne peuvent pas reproduire les signes physiques et en particulier le tremblement qui accompagnent toujours les symptômes intellectuels ; de plus ils dorment contrairement aux délirants alcooliques ; enfin ils ne savent pas limiter la durée de leur accès et le prolongent au delà des bornes naturelles comme dans notre rapport 39.

Les cas dans lesquels la folie simulée rappelle plus ou moins exactement le tableau clinique d'une des maladies mentales sont les moins fréquents, on a alors généralement affaire à des individus qui au cours d'un séjour dans un asile y ont observé des aliénés ; dans la plupart des cas la folie simulée ne ressemble que de très loin à la folie vraie : c'est un ramassis de troubles psy-

chiques disparates, contracdictoires même, appartenant à des formes de folie différentes, parfois opposées, de plus sans corrélation avec l'expression du visage et l'état général, en un mot ne réalisant aucun type connu de maladie mentale. Le simulateur a une manière d'être, une physionomie et surtout un regard qui ne sont pas ceux du véritable aliéné.

Laurent a insisté avec raison sur ce point : « Le regard du simulateur, a-t-il écrit, est furtif, mobile, sournois. La figure signale un état forcé, un désaccord choquant et significatif. Le criminel simulateur ne saurait donner à son regard l'expression égarée et excitée qui appartient au maniaque. On n'y reconnaît que l'effronterie et non l'aberration d'esprit. Il ne produira pas davantage l'expression véritablement indifférente, affaissée du dément, du paralytique, fixe du stupide, fière et orgueilleuse du mono-maniaque. Il ne saurait dissimuler l'attention qu'il porte à toutes les paroles et à tous les mouvements de celui qu'il sait chargé de scruter ses discours et ses gestes ; et bien souvent il baisse les yeux, se méfiant de l'expression que peut trahir son regard. »

Ce dernier trait est on ne peut plus juste, le simulateur baisse presque toujours les yeux, dans tous les cas ne regarde pas son interlocuteur ; il semble se rendre compte instinctivement que suivant la jolie expression de Wirchow : « La pupille est une porte par laquelle notre regard pénètre dans l'intérieur d'un autre homme. »

Évolution. — Le simulateur inhabile le plus souvent à réaliser le tableau clinique d'un type morbide vrai est encore bien plus incapable de présenter les diverses phases si caractéristiques de l'évolution de celui-ci ; il arrive d'emblée à la période d'état de la maladie et s'y maintient se livrant même parfois à des manifestations de plus en plus outrées au fur et à mesure que l'examen se prolonge.

Moyens de reconnaître la simulation. — Autrefois on soumettait les individus soupçonnés de simulation à diverses épreuves : piqûres, moxas, cautérisations par le fer rouge ou les agents chimiques, éthérisation, chloroformisation, fustigations, douches violentes et prolongées, sommeil hypnotique, etc., etc. ; ces moyens sont aujourd'hui très justement abandonnés.

Il n'existe pas de méthode particulière pour découvrir la simulation et en présence d'un cas suspect le médecin n'aura qu'à se conformer aux procédés applicables chaque fois qu'il s'agit de faire un diagnostie d'aliénation mentale, de dire si un individu est fou ou sain d'esprit. Voici cependant quelques indications générales qui pourront guider l'expert dans sa mission.

L'observation de l'inculpé soupçonné de dissimulation doit être de tous les instants de jour et de nuit ; il faut voir comment il mange, comment il dort, d'une façon générale comment il se comporte quand il ne se croit pas surveillé. A cet effet il serait bon de pouvoir le placer dans un asile d'aliénés au milieu d'un personnel ayant l'habitude des aliénés ; malheureusement l'autorité judiciaire ne se prête pas volontiers à cette mesure, dans la crainte très légitime d'une évasion.

Le transfèrement dans un asile d'aliénés peut faire éclater rapidement la

vérité. Parfois le simulateur s'effraie à la vue de véritables aliénés et abandonne son rôle ; parfois aussi il se met à les imiter montrant ainsi son manque de sincérité.

Un bon procédé pour amener le simulateur à se démasquer est de dire devant lui à mots couverts mais cependant de façon à être entendu, que sa maladie va évoluer, se modifier d'une certaine façon, que tel ou tel symptôme ne va pas tarder à se montrer. Presque toujours le simulateur tombe dans le piège et se livre aux manifestations qu'on a déclaré devoir apparaître.

La plupart des aliénés, et aussi les débiles et les imbéciles sont rusés et dissimulés ; il ne faudrait pas voir là une preuve de simulation.

Baillarger, Vingtrinier et Griesinger croient avoir observé de véritables aliénés simulant une maladie mentale autre que celles dont ils étaient réellement affectés. Il est certain que les simulateurs inhabiles sont pour la plupart des débiles, des déséquilibrés de toutes sortes, des hystériques. La simulation chez eux n'est parfois que l'exagération de leur état réel.

La simulation prolongée de la folie peut à la longue avoir un fâcheux retentissement sur le cerveau et même, paraît-il, aboutir à la véritable folie. Quelques simulateurs une fois démasqués ont avoué qu'ils se sentaient devenir fous et qu'ils n'auraient pas le courage de recommencer.

D'après notre maître B. Ball[1], l'aliéné qui commet un crime n'a point de complice. Cette remarque est juste, appliquée aux aliénés délirants, mais elle ne l'est pas en ce qui concerne les débiles et les déséquilibrés qui commettent parfois des crimes et des délits de concert avec d'autres individus plus intelligents par lesquels ils ont été poussés ou entraînés.

Régis[2] signale une différence entre le véritable aliéné et le faux aliéné à savoir : « Que le premier est plutôt porté généralement à dissimuler sa folie, et, en tout cas, à la nier et à se défendre de cette imputation, tandis que le simulateur, au contraire, cherche constamment à mettre sa folie en évidence, s'en vante pour ainsi dire et n'extravague jamais tant que lorsqu'il se trouve en face de ceux qui sont appelés à l'examiner et à le juger. »

Cette différence n'est pas aussi tranchée que veut bien le dire Régis et pour notre part nous avons observé nombre d'inculpés qui déclaraient ne pas être fous tout en se livrant aux manifestations les plus propres, à leur sens, à les faire considérer comme aliénés. En déclarant ne pas être aliénés ils espéraient écarter tout soupçon de simulation de leur part.

Une dernière et capitale observation : Le médecin ne devra pas craindre de prolonger son examen aussi longtemps que sa conviction ne sera pas faite, en dépit même des objurgations possibles du magistrat qui l'aura commis. C'est en matière de cas suspects que patience et longueur de temps sont plus de mise que jamais. Avec de la persévérance il serait bien étonnant qu'un médecin ayant l'habitude des aliénés n'arrivât pas à démasquer un impos-

[1] Leçons sur les maladies mentales, 2e édition, p. 421.

[2] Manuel pratique de médecine mentale, p. 706.

teur. Sous son déguisement, fait de pièces mal assorties, sorte d'habit d'arlequin et son masque souvent sans harmonie avec son costume, le simulateur peut bien en imposer au vulgaire, mais il ne saurait mettre définitivement en défaut l'observation attentive et patiente de médecins aliénistes expérimentés.

RAPPORT 38. — FOLIE SIMULÉE

Tentative de vol n'ayant pas un caractère pathologique. — Nombreuses condamnations antérieures. — A l'Instruction amnésie et mégalomanie. — Simulation. — Responsabilité. — Condamnation.

Les circonstances dans lesquelles D... a commis la tentative de vol dont il est inculpé sont relatées dans la déposition suivante du plaignant, cocher-livreur : « J'avais laissé ma voiture, a dit celui-ci, pendant que je faisais une livraison ; dans le fond se trouvaient deux sacs contenant l'un, 2 200 francs, et l'autre 1 000 francs en argent et en or. Au moment où j'allais remonter dans ma voiture j'ai vu l'inculpé en descendre emportant un sac de chaque main. J'ai crié : Au voleur ! il s'est sauvé en abandonnant les sacs devant la voiture. Des agents accourus à mes cris l'ont arrêté 300 mètres plus loin. »

D... a déjà encouru une douzaine de condamnations pour filouterie, escroquerie, mendicité, vagabondage, infraction à un arrêté lui interdisant de séjourner dans le département de la Seine.

A l'instruction il a affirmé qu'il était le maréchal Canrobert, qu'il n'avait jamais encouru de condamnations, qu'il ne savait pas ce qu'on lui voulait.

Aux diverses visites que je lui ai faites je l'ai toujours trouvé dans le même état : l'air égaré, il répète : « Je suis le maréchal Canrobert, je suis âgé de soixante-dix ans, un juge d'instruction m'accuse de vol et c'est moi qui ai été volé, on m'a pris 30 000 francs dans une paillasse. »

Je lui exprime mon étonnement d'apprendre qu'un homme de sa condition couche sur une simple paillasse, alors que des gens même peu fortunés ont aujourd'hui des sommiers. Il répond alors : « Oh ! je dis une paillasse, je veux dire un matelas. »

Comme état civil il indique : « soixante-dix ans, né en 1830, veuf sans enfant, sans famille aucune, maréchal de France en retraite ». Je lui fais remarquer qu'il paraît bien jeune pour son âge. « Oui, répond-il, on me l'a déjà dit plusieurs fois. »

Prié de m'indiquer son domicile, il me déclare, qu'il habitait, depuis trois mois aux environs du boulevard de Belleville, mais il ne se rappelle ni le nom de la rue ni le numéro de la maison ; antérieurement il voyageait en Belgique pour son plaisir ; avant de partir en voyage il habitait aussi dans les environs du boulevard de Belleville ; il a changé d'appartement plusieurs fois et il ne se rappelle aucune de ses adresses.

Interrogé sur les actes qui l'amènent devant la justice il prétend ignorer complètement les motifs de son arrestation, ne pas savoir ce qu'on lui veut. « On prétend, dit-il, que je m'appelle M. l'inconnu, M. X..., M. D..., M. L...; jamais je n'ai porté aucun de ces noms. »

Pour les personnes n'ayant pas de connaissances en pathologie mentale, D... peut sembler aliéné, mais pour un médecin ayant quelques notions d'aliénation mentale il apparaît tout de suite comme un simulateur. En effet, voilà un jeune homme de vingt-cinq ans qui aurait perdu complètement la notion de sa personnalité au point de croire être le maréchal Canrobert et avoir soixante-dix ans. Or une pareille transformation de la personnalité ne peut se faire ainsi du jour au lendemain ; on ne l'observe que chez les individus délirant depuis de longues années et comme phase ultime d'une psychose systématisée à évolution progressive, ou alors dans des maladies organiques du cerveau comme la paralysie générale. Or, D... n'est point atteint de psychose systématisée progressive, il ne tient de propos ressemblant à du délire que depuis son arrestation, pour les besoins de sa cause, il n'est pas atteint de paralysie générale, il n'offre nullement l'ensemble symptomatique si caractéristique de cette maladie.

Une autre preuve de simulation chez D... : Un délirant chronique, un paralytique général des plus avérés ne présenteraient pas la perte complète de la mémoire que simule D... en disant qu'il ne se rappelle aucune de ses adresses, qu'il ne sait pas pourquoi on l'a arrêté. Un vrai aliéné ferait au moins des efforts pour essayer de se souvenir. En réalité il veut simplement éviter de répondre à des questions embarrassantes.

J'ajoute que D... n'est ni alcoolique, ni hystérique, ni épileptique.

Conclusions. — 1° D... simule la folie, mais en réalité il n'est pas aliéné, il ne saurait y avoir aucun doute à cet égard.

2° D... doit rendre compte à la justice de la tentative de vol dont il est inculpé.

D... a comparu devant la 10e chambre correctionnelle. Il a été condamné à cinq ans de prison, c'est-à-dire au maximum. Au prononcé du jugement il s'est écrié : « Vous condamnez le maréchal Canrobert. Donnez-moi mon bâton. »

RAPPORT 39. — FOLIE SIMULÉE

Vol à la tire. — Internement antérieur pour alcoolisme. — Apparence de folie. — Première expertise concluant à la simulation. — Comparution en police correctionnelle. — A l'audience manifestation bruyante. — Nouvelle expertise concluant aussi à la simulation. — Responsabilité. — Condamnation.

Extrait du jugement ordonnant l'expertise :

« Le Tribunal après en avoir délibéré conformément à la loi : attendu que le nommé H..., prévenu de vol, de tentatives de vol, et d'infraction à un arrêté d'interdiction, a déjà été interné comme alcoolique à l'asile de Quatre-Mares d'où il est sorti le 3 août 1896, qu'aujourd'hui à l'audience, il a eu une crise de violence grave et que malgré l'examen du Dr Dubuisson, commis par le magistrat-instructeur, il y a lieu de recourir à un nouvel examen mental. Par

ces motifs, avant faire droit, commet les Drs Dubuisson, Vallon et Floquet, lesquels examineront H... à l'effet de rechercher et de déterminer s'il doit être considéré comme responsable de ses actes. »

Dans le courant du mois de mars 1897, l'attention des gardes à l'Hôtel des Ventes fut attirée par les allures de H... qui rôdait journellement dans les salles; ils le surveillèrent particulièrement et l'aperçurent plusieurs fois fouillant dans les poches des dames.

Le 20 mars, ils purent le surprendre en flagrant délit la main dans une poche, et procédèrent à son arrestation.

H... refusa formellement de faire connaître son état civil et son domicile. Conduit devant le commissaire de police il se montra d'une extrême violence envers les gardiens de la paix, prononça des paroles incohérentes et se mit à crier : « A l'assassin ! » Il fut trouvé nanti d'un certificat de sortie de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure) au nom de H... Son attitude ayant donné à penser qu'il était atteint d'aliénation mentale le commissaire l'envoya à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police où il fut examiné par M. le Dr Garnier qui, le 25 mars, rédigea le certificat suivant :

« H... a présenté des manifestations bizarres, insolites qui n'ont pas de rapport avec les véritables symptômes de l'aliénation mentale. Son attitude n'a cessé d'être fort suspecte. Il n'y a pas lieu à internement dans ces conditions. »

H... fut donc envoyé à Mazas. Quelques jours plus tard (26 mars) ; il comparut devant M. le Juge d'instruction et refusa de répondre à toutes les questions de ce magistrat concernant son état civil, se bornant à dire qu'il était né à Strasbourg. Interrogé sur le vol et les tentatives de vol qui lui étaient reprochés, il répondit ainsi : « Je suis innocent. Je suis venu à Paris pour chercher ma femme qui est avec un agent de police révoqué; je n'ai jamais eu de porte-monnaie. »

Le 31 mars, confronté avec les témoins, il s'écria d'un air indigné : « Voler des porte-monnaie, moi ? » puis il proféra des paroles et des cris incohérents.

Le 8 avril, interrogé de nouveau par M. le Juge d'instruction, il fit la déclaration suivante : « Je me nomme G..., âgé de vingt-sept ans, né à Strasbourg. Je ne me rappelle pas les prénoms de ma mère et je n'ai pas connu mon père. Je n'ai jamais été condamné. »

Conduit au service de l'identité judiciaire, il fut examiné et reconnu pour avoir été mensuré et photographié le 20 septembre 1891, sous le nom de H...

Sa photographie lui ayant été mise sous les yenx, il s'écria : « Cette photographie est celle d'un inspecteur de la Sûreté qui m'a pris ma maîtresse et qui a dû être révoqué. En aucune circonstance je n'ai été mensuré par le service anthropométrique avant la présente arrestation. »

Son casier judiciaire contient dix condamnations à la prison, pour vols, outrages, rébellion, coups et blessures, mendicité, vagabondage spécial. Il est en contravention à une interdiction de séjour; il est, de plus, passible de la relégation s'il est condamné à une peine quelconque d'emprisonnement.

De Mazas, H... écrivit bientôt à M. le Juge d'instruction une lettre des plus

bizarres. Il racontait qu'il était dans les catacombes et qu'on égorgeait des gens autour de lui.

En présence de l'attitude de H... et de sa lettre incohérente, M. le Juge d'instruction chargea l'un de nous (M. Dubuisson) de l'examiner au point de vue mental.

Le 5 avril, M. Dubuisson déposa un rapport se terminant ainsi :

« Quelque étrange que soit l'inculpé dans son attitude et son langage, nous ne saurions nous résoudre à voir en lui un aliéné. Il n'y a guère que la démence qui offre une oblitération des souvenirs, comparable à celle que nous rencontrons chez lui, et il est clair cependant que l'inculpé n'est pas un dément. Ce n'est pas davantage un maniaque, ni un mélancolique, et, d'autre part, l'histoire de femme qu'il nous a contée ne suffit pas à nous le faire prendre pour un délirant persécuté. Qu'il y ait en ce moment chez lui un certain degré d'excitation, cela n'est pas impossible et s'explique aisément par le penchant décidé qu'il accuse pour l'alcool et l'absinthe (c'est d'ailleurs comme alcoolique qu'il a été enfermé à Quatre-Mares) ; mais de l'excitation intellectuelle à la folie il y a loin.

Conclusions. — « L'inculpé n'est pas aliéné, il doit rendre compte de ses actes à la justice. »

Le 7 mai, H... comparut à l'audience de la 11e Chambre, se montra violent, gesticulant et tenant des propos incohérents. L'un de nous (M. Floquet) appelé à ce moment lui causa en patois alsacien ; surpris, il répondit d'abord correctement. Puis, M. Floquet lui ayant demandé pourquoi il simulait ainsi la folie, il devint très rouge et se mit à divaguer.

H... est bien développé ; il ne présente pas de stigmates de dégénérescence ; ses traits sont réguliers ; son attitude donne tout de suite à penser qu'on se trouve en présence d'un homme simulant l'aliénation mentale. Par moment, il se promène comme une bête fauve dans sa cage, prenant un air égaré, roulant des yeux furieux ; à d'autres, il reste immobile avec un air hébété ; le plus souvent il marmotte des paroles inintelligibles. Quand on l'interroge, souvent il garde le silence ; quand il répond, c'est, soit d'une voix rauque (dont la raucité est évidemment affectée), soit d'une voix forte avec un ton de colère. Quant aux phrases qu'il prononce, en voici quelques-unes : « Je ne dis jamais rien à personne, pourquoi me tracassent-ils ? Ils montent tout le temps sur le mur et se foutent de moi. Ils me foutent dans des précipices. Ils veulent m'étrangler. Ils me foutent de l'eau bouillante, du sang. »

Nous l'invitons à nous montrer sa langue, il ne la sort pas et dit : « Ils me l'ont arrachée. »

A la rigueur l'attitude et les propos de H... pourraient en imposer pour l'alcoolisme subaigu. Mais l'hypothèse d'un pareil état morbide doit être immédiatement rejetée. Les gardes de l'Hôtel des Ventes ont déclaré qu'à aucun moment pendant toute la durée de leur surveillance qui s'est prolongée pendant plusieurs jours, H... n'a eu les allures d'un fou ; il était très calme et causait paisiblement avec les gens qui se trouvaient près de lui ;

devant M. le Juge d'instruction il a essayé de cacher son véritable état civil et a déclaré n'avoir jamais encouru de condamnation. A ces moments-là, il n'était évidemment pas en état de délire alcoolique. Au surplus, ce n'est pas un homme atteint de folie alcoolique, qui serait capable des précautions nécessaires pour commettre un vol à la tire.

Donc l'accès d'alcoolisme, en admettant qu'il fût réel, se serait déclaré postérieurement à l'emprisonnement. Cela ne constitue pas une impossibilité : on voit des buveurs d'habitude qui, emprisonnés et, de ce fait, privés brusquement de leur excitant ordinaire se mettent à délirer. Mais ce qu'il est absolument impossible de voir, c'est un délire alcoolique subaigu se prolongeant des mois et des mois. L'accès d'alcoolisme subaigu dure généralement quelques jours, très exceptionnellement, il se prolonge plusieurs semaines. Or, depuis quatre mois, H... s'il n'était un simulateur, ne cesserait de délirer ; non seulement son état mental ne se serait pas amélioré mais se serait encore aggravé. La simulation se trouverait ainsi établie par la persistance même des prétendus troubles mentaux, si elle ne l'était déjà par leurs caractères.

Au surplus si un doute pouvait subsister, un fait suffirait à le dissiper complètement. Dans l'alcoolisme il existe un tremblement, toujours continu, très intense et s'étendant à tout le corps (dans les cas d'intoxication profonde) peu accusé et manifeste seulement, aux mains et à la langue, dans le cas d'intoxication légère. Or, H... ne présente aucun tremblement, mais si on vient à lui dire d'étendre le bras et d'écarter les doigts (mouvements que l'on fait exécuter aux alcooliques pour mettre le tremblement en évidence) immédiatement il contracte la main et lève le bras en lui imprimant volontairement de grandes oscillations qui ne ressemblent en rien au tremblement alcoolique.

Ce fait montre la volonté arrêtée de la part de H... d'en imposer pour des troubles de la santé dont en réalité il n'est pas affecté. Une pareille préoccupation, un pareil souci d'éviter la condamnation qui le menace, indique qu'il n'est pas atteint d'aliénation mentale, pas plus d'alcoolisme que d'une forme quelconque de folie.

H... qui a eu autrefois un accès passager d'alcoolisme, se souvient probablement des troubles mentaux qu'il a éprouvés, de ceux qu'il a pu observer à l'asile de Quatre-Mares chez d'autres aliénés, il cherche à se couvrir du masque de la folie, mais comme la plupart des simulateurs il a dépassé toute mesure. il est tombé dans une exagération grossière en sorte que sa supercherie ne peut faire aucun doute.

Conclusions. — H... simule l'aliénation mentale mais en réalité il n'est pas fou. Il doit être considéré comme responsable de ses actes.

H... a été condamné à un an de prison et à la relégation.

Épilepsie prétextée et simulée.

L'épilepsie est parfois prétextée. Le médecin doit alors se faire décrire les attaques par les personnes qui les ont vues et interroger habilement le

prétendu épileptique sur ce qu'il éprouve avant et après l'attaque. Il est difficile d'affirmer la sincérité d'une manifestation épileptique à laquelle on n'a pas assisté et c'est impossible quand il s'agit d'une manifestation non convulsive.

L'épilepsie est simulée par des inculpés pour se procurer une excuse légale, par les conscrits et les militaires pour obtenir l'exemption ou la réforme, mais surtout par les mendiants sur la voie publique dans le but d'exciter la charité des passants.

C'est presque exclusivement la forme convulsive qui est simulée. Voici comment s'exprime Féré[1] au sujet de la simulation :

« On peut affirmer la sincérité d'une attaque lorsqu'on a observé l'insensibilité pupillaire pendant l'attaque et les phénomènes d'épuisement du côté des appareils locomoteur circulatoire et respiratoire ; mais il n'est aucun phénomène qui permette de nier la sincérité d'un paroxysme, en dehors de la constatation de fourberies, telle que la présence de savon dans la bouche dans le but d'imiter la salivation spumeuse, etc. »

Jules Voisin[2] fait remarquer que l'insensibilité pupillaire et la dilatation pupillaire peuvent exister à l'état normal et qu'un individu qui veut simuler peut prendre de la belladone avant de tomber en attaque pour se dilater la pupille; l'examen des urines, l'exagération de l'urée et de la phosphaturie ainsi que l'hypotoxicité urinaire pendant les accès et l'hypertoxicité après les accès lui paraissent des signes plus certains pour découvrir toute supercherie.

Ceux qui simulent l'épilepsie sont rarement des individus normaux, ce sont quelquefois de véritables épileptiques. La simulation d'attaques par des épileptiques peut provoquer l'apparition de véritables attaques.

VII. — FOLIE DISSIMULÉE

RÉCLAMATION DES ALIÉNÉS CONTRE L'IMPUTATION DE FOLIE ET CONTRE LEUR INTERNEMENT

Certains aliénés atteints de délire partiel, spécialement les persécutés, arrivent parfois, surtout dans les périodes de rémission, à dissimuler leurs troubles mentaux. Le but qu'ils poursuivent habituellement est d'obtenir leur sortie de l'asile où ils sont enfermés.

Un médecin est parfois sollicité de délivrer un *certificat de raison*, c'est-à-dire affirmant l'intégrité des facultés mentales, l'absence de tout trouble intellectuel. Une pareille demande doit tout de suite éveiller sa méfiance surtout quand elle émane d'une personne qu'il ne connaît pas, qui vient dans son cabinet pour la première fois. Il fera sagement de s'enquérir tout d'abord

[1] Féré. Les épilepsies et les épileptiques, 1890, p. 350.
[2] L'épilepsie. Paris, 1897, p. 227

de l'usage que la personne entend faire de ce certificat et au cas où celle-ci ne répondrait pas d'une façon catégorique de l'évincer adroitement par exemple en allégant pour raison que la forme à donner à un certificat varie suivant la destination de celui-ci et que, faute d'être renseigné sur ce point, il ne saurait en rédiger un. Invariablement la personne qui réclame un certificat dans de telles conditions est un aliéné dissimulant son délire et qui veut intenter quelque procès, poursuivre quelqu'un dont elle croit avoir à se plaindre, des parents qui l'ont fait interner, un médecin qui a délivré un certificat à fin de placement, un médecin qui l'a retenu indûment à son sens dans un asile d'aliénés.

Si le solliciteur avoue qu'il a bien l'intention d'opposer le certificat qu'il réclame à un autre certificat médical, il ne faut pas hésiter à lui répondre par un refus habilement déguisé. On peut, par exemple, lui tenir ce langage : « Mon certificat ne saurait avoir pour vous aucune utilité ; quand même j'attesterais que je n'ai pas constaté chez vous de troubles mentaux aujourd'hui, cela ne prouverait pas que vous n'en avez pas présenté il y a quelques jours, hier, ce matin, et puis un certificat est en quelque sorte un inventaire de symptômes morbides, le médecin peut bien certifier l'existence de ce qu'il constate mais il ne peut pas affirmer qu'une chose n'existe pas parce que simplement il ne l'a pas vue. »

Parfois le certificat est réclamé par une personne âgée que des enfants cupides veulent faire interner, interdire ; il n'y a pas de raison alors de répondre par un refus. Il faut seulement s'assurer qu'on n'a pas affaire à un aliéné qui dissimule son délire et rédiger son certificat ainsi : Je n'ai pas constaté de troubles mentaux au lieu de dire : il n'existe pas de troubles mentaux.

Un médecin peut être commis par le Tribunal civil à l'effet d'examiner l'état mental d'une personne internée dans un asile d'aliénés et qui réclame sa sortie. Nous avons vu en effet (p. 1407) que comme recours suprême contre la décision du Préfet et contre l'avis du médecin empêchant la sortie de l'aliéné, la loi de 1838 a admis l'intervention du pouvoir judiciaire. C'est là une sérieuse garantie contre les séquestrations arbitraires.

La mission du médecin aliéniste en cette circonstance comme toujours se réduit à la constatation d'un état mental ; elle est facilitée par les certificats délivrés antérieurement, par les renseignements que peut fournir le médecin traitant.

Le tribunal demande à l'expert un rapport très explicite concluant formellement soit à la mise en liberté de l'interné, soit à sa maintenue à l'asile. Mais l'expert ne peut pas toujours se prononcer d'une façon catégorique ; la possibilité d'une sortie dépend parfois non seulement de l'état mental de la personne internée mais aussi des conditions dans lesquelles celle-ci se trouvera au dehors. Par exemple un dément calme, un mélancolique sans idée de suicide, peut être confié à des parents ou des amis bien intentionnés à son égard, capables de le soigner et de le surveiller ; il ne saurait, par contre, être abandonné à lui-même ou remis entre les mains de personnes qui ne réclament sa sortie que pour mettre la main sur sa fortune. Dans les cas de

ce genre l'expert après avoir bien dépeint l'état du malade pourra formuler ainsi ses conclusions : « La sortie peut être autorisée mais à la condition toutefois que le malade soit assuré de trouver au dehors les soins et la surveillance dont il ne saurait se passer. » L'expert a aussi le droit et le devoir d'indiquer les mesures conservatoires qui lui paraissent nécessaires comme corollaire de la mise en liberté. Le rapport suivant a été libellé dans ce sens :

RAPPORT 40. — DEMANDE DE MISE EN LIBERTÉ ADRESSÉE A L'AUTORITÉ JUDICIAIRE PAR UN ALIÉNÉ INTERNÉ

Plusieurs internements antérieurs. — Nouvel internement justifié par des actes déraisonnables. — Amélioration. — Sortie réclamée par le malade et sa famille. — Expertise. — Rapport de MM. Garnier, Legras et Vallon concluant à la sortie avec mesures conservatoires. — Mise en liberté.

M. A... a été placé dans la maison de santé de M. le Dr T..., le 10 avril 1898; en proie à un accès d'agitation, il s'était livré à des actes déraisonnables, il avait notamment jeté dans la rue une partie de son mobilier, et sur la plainte des voisins, le commissaire de police avait dû intervenir. Ces renseignements qui nous ont été donnés par M. le Dr T..., ont été confirmés par Mlle A... et reconnus exacts par M. A... lui-même; en sorte que le placement dans la maison de santé s'est fait régulièrement et était parfaitement justifié.

Une quinzaine de jours après son internement M. A..., trompant la surveillance, est parvenu à s'évader. Arrêté et conduit à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police, il a été examiné par M. le Dr Garnier qui, à la date du 26 avril, a rédigé le certificat suivant :

« M. A... est atteint d'excitation maniaque. Désordre dans les idées et les actes. Extravagances. Turbulence. Evadé de la maison de santé du Dr T... A réintégrer. »

Conformément à l'avis de M. Garnier, M. le Préfet de police prit un arrêté de placement. M. A... fut réintégré dans la maison de santé et le placement volontaire devint ainsi placement d'office.

D'après les renseignements qui nous ont été fournis par M. le Dr T..., au bout de quelques semaines de traitement, l'état de M. A... s'est complètement modifié : à l'excitation a succédé de la dépression comme cela se voit fréquemment. Ce changement a du reste été constaté par M. le Dr Sérieux, médecin-inspecteur de la Préfecture de police qui, à la date du 14 août dernier, a rédigé le certificat que voici :

« M. A... est atteint de léger affaiblissement intellectuel avec dépression mélancolique. Il paraît actuellement en voie d'amélioration, mais il reste encore inerte et déprimé ; son activité intellectuelle est amoindrie. Une sortie prématurée l'exposerait à une rechute. Il n'y a pas encore lieu de le mettre en liberté. »

A notre première visite nous trouvons M. A... lucide et en état de répondre à nos questions. Interrogé sur ses antécédents, il nous apprend que l'accès

d'aliénation mentale qui a motivé son placement actuel n'est pas le premier dont il ait été atteint. Dès l'âge de dix-sept ans il a présenté des troubles cérébraux pour lesquels il a été soigné à la maison de santé Pinel à Neuilly-sur-Seine. Vers l'âge de vingt-sept ans, second accès et internement à l'asile Saint-Pierre à Marseille ; plus tard deux internements à l'asile Saint-Pons à Nice ; plus tard encore, cinquième internement à l'asile de Bassens en Savoie, enfin, vers 1882, sixième internement, cette fois dans la maison de santé de M. le Dr Goujon à Paris. Ces accès, toujours les mêmes : excitation suivie de dépression, auraient duré chacun deux à trois mois.

L'accès actuel, tout en ayant duré plus longtemps que les autres, a donc cependant présenté les mêmes caractères essentiels : excitation d'abord, dépression ensuite.

Encore aujourd'hui M. A..., bien que lucide, reste déprimé. Les opérations intellectuelles chez lui se font avec une certaine difficulté; il a de la paresse cérébrale, ses réponses sont sans doute correctes, mais lentes à venir. La mémoire est peu fidèle, et il s'agirait là, non d'un trouble passager, mais d'un état habituel. M. A..., en effet, déclare qu'il n'a jamais eu beaucoup de mémoire et que, de tout temps, il était obligé de noter par écrit ce qu'il avait à faire, sans quoi il ne s'en serait point souvenu. D'ailleurs, d'une façon générale, il paraît avoir peu de confiance en lui-même, et tout en réclamant sa sortie de la maison de santé il n'est pas sans envisager avec une certaine appréhension son retour à la liberté.

Invité à nous indiquer quels sont ses projets, quelle est la façon dont il compte organiser son existence, il nous avoue qu'il ne sait pas au juste ce qu'il fera, il voyagera peut-être, mais il n'a rien décidé. Spontanément il nous déclare que du vivant de sa femme il ne s'occupait que fort peu de la gestion de ses biens, c'était Mme A... qui dirigeait tout, aussi avait-il fait le projet de prendre un gérant. Mais on lui a fait observer qu'un gérant pouvait être infidèle, trahir sa confiance, et il est tout disposé à accepter le conseil judiciaire que le conseil de famille est, paraît-il, décidé à réclamer pour lui.

En somme, M. A... apprécie très justement son état présent et il se rend bien compte qu'il a été malade. C'est là un excellent signe de guérison. Quand nous disons guérison, nous voulons parler de l'accès qui finit de se dissiper et nous n'entendons nullement dire que M. A... jouira, à l'avenir, d'une santé cérébrale parfaite. Tout au contraire, le passé doit inspirer des craintes pour l'avenir.

M. A... a eu sept accès de folie, or, dans les psychoses intermittentes, il est sinon constant, au moins habituel de voir lesaccès devenir de plus en plus longs, se rapprocher de plus en plus et aboutir finalement à un état d'aliénation mentale continue. Et de fait, nous ne pouvons nous empêcher de le faire remarquer, ce septième accès a eu, en effet, une durée sensiblement plus longue que les précédents.

D'un autre côté, les folies intermittentes ne se montrent guère que chez les individus mal équilibrés, plus ou moins dégénérés, en sorte que, même dans l'intervalle des accès la santé cérébrale n'est pas parfaite. Tel paraît bien être

le cas de M. A... ; celui-ci nous a donné l'impression d'un homme au cerveau débile, et de fait, d'après les renseignements qui nous ont été fournis par des membres de sa famille, il s'est toujours montré un esprit faible, craintif, manquant de spontanéité et d'initiative, peu capable d'administrer seul, sa personne et ses biens. La nouvelle crise qu'il vient de traverser n'est pas faite pour modifier favorablement son état, tout au contraire, elle ne peut avoir sur son cerveau qu'une influence fâcheuse et en accentuer la faiblesse.

Quoi qu'il en soit de l'avenir cérébral de M. A..., il est cependant bien certain que son état actuel ne saurait exiger sa maintenue dans un asile d'aliénés alors que sa sortie est réclamée par lui-même et par sa famille.

Nous dirons donc pour conclure :

Conclusions. — M. A... peut être rendu à la liberté sans danger pour la sécurité publique ;

2° M. A..., qui a déjà eu sept accès d'aliénation mentale, est un homme au cerveau débile, un mal équilibré peu apte à administrer sa personne et ses biens ; aussi nous estimons que dans son propre intérêt il serait prudent de prendre à son égard, des mesures conservatoires.

Conformément aux conclusions ci-dessus, M. A... a été mis en liberté.

VIII. — FOLIE MÉCONNUE TÉMOIGNAGE DES ALIÉNÉS EN JUSTICE ALIÉNÉS HÉTÉRO-DÉNONCIATEURS ET AUTO-DÉNONCIATEURS

La folie est souvent méconnue et cela dans des circonstances diverses.

Des délinquants ou criminels sont condamnés alors que l'acte qui leur est reproché est la conséquence de la maladie mentale dont ils sont atteints. MM. Pactet et Colin[1] sur 204 aliénés criminels placés à l'asile-prison de Gaillon du 1er janvier au 30 juin 1894 en ont trouvé 74 qui auraient évité la prison s'ils avaient été soumis à un examen médical.

Ils font remarquer que si l'établissement de Gaillon fournit en petit une image assez fidèle de ce qui se passe ailleurs, la proportion des aliénés méconnus et condamnés atteint le chiffre énorme de 37,7 p. 100 des aliénés criminels.

Monod[2], directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au Ministère de l'Intérieur a lu au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes tenu à Clermont-Ferrand en 1894 un important mémoire sur cette question ; il a cité 271 cas dans lesquels une condamnation eût peut-être été épargnée à des aliénés par une expertise médico-légale préalable.

[1] F. Pactet et Colin. Les aliénés dans les prisons (aliénés méconnus et condamnés). Volume de l'encyclopédie scientifique des aide-mémoire publié sous la direction de M. Leauté.

[2] Monod. Note sur les aliénés recueillis après condamnation dans les asiles publics de 1886 à 1890 et pour lesquels il semble qu'une expertise médico-légale eût évité la condamnation.

Au même Congrès, Session de Marseille, 1899, Taty a présenté un rapport sur *les aliénés méconnus et condamnés* dans lequel il a proposé comme remède au fâcheux état de choses actuel : « l'organisation d'un service médical, partout où il sera possible, chargé de visiter tous les prévenus incarcérés et pouvant être mis à la disposition des prévenus en liberté et poursuivis sur citation directe, une visite suffisant en général pour supprimer la moitié des erreurs judiciaires relevées et permettant de soulever, dans les autres cas, des doutes capables de légitimer une expertise plus sérieuse. »

Le rapport de Taty a été suivi d'une discussion à laquelle nous avons pris part. Nous avons démontré, preuves en mains, qu'à Paris l'autorité judiciaire est beaucoup plus portée qu'en province à ordonner l'examen mental des prévenus à telle enseigne que souvent des individus condamnés plusieurs fois en province sans avoir jamais fait l'objet d'une expertise médico-légale sont, dès leur première comparution devant un magistrat du Tribunal de la Seine ou de la Cour de Paris, soumis à l'examen d'un médecin aliéniste ; d'où nous avons conclu que pour obtenir l'examen mental des inculpés il n'était pas nécessaire d'apporter des réformes considérables à nos lois, qu'il suffisait que le garde des Sceaux et les chefs du Parquet donnassent des instructions en conséquence. Le rapport ci-dessous (41) est très démonstratif à cet égard.

Certains aliénés, surtout des alcooliques et des dégénérés, se dénoncent comme les auteurs de crimes réels auxquels ils sont étrangers et même de crimes imaginaires. Au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes tenu à Grenoble en 1902 M. Dupré[1] a présenté sur la question un rapport très complet auquel nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer. « L'étude de faits d'auto-accusation démontre, dit Dupré, que ceux-ci ont pu et peuvent encore entraîner de regrettables conséquences pratiques et judiciaires (condamnations injustes, longues préventions pendant de laborieuses enquêtes, actions en justice inutiles, etc.). Dans des cas exceptionnels, une auto-accusation légitime, commise sous l'influence du remords, peut provoquer, par la revision du procès, la réparation d'une erreur judiciaire. »

Le médecin chargé d'examiner un *auto-accusateur* (mieux un *auto-dénonciateur*) n'a pas à déterminer si celui-ci est coupable ou innocent, mais à apprécier son état mental ; il devra donc se borner à déclarer si l'état de ses facultés intellectuelles est oui ou non de nature à rendre ses déclarations suspectes et, dans le cas où sa culpabilité serait reconnue, à faire disparaître ou tout au moins à atténuer sa responsabilité.

D'autres aliénés, les hystériques surtout, au lieu de se dénoncer eux-mêmes comme coupables de méfaits auxquels ils sont étrangers accusent d'autres personnes d'avoir commis des crimes ou des délits. Les cas ne sont pas rares de personnes condamnées sur les accusations mensongères d'aliénés méconnus ; nous en avons rencontré plusieurs pour notre part, tel le suivant.

Deux jeunes gens, Jamet et Léger condamnés aux travaux forcés à perpétuité pour attentat à la pudeur sur une enfant de moins de treize ans furent

[1] Les auto-accusateurs au point de vue médico-légal.

reconnus innocents après un long séjour au bagne, leur victime ou plutôt leur prétendue victime, sur la déposition de laquelle ils avaient été condamnés, ayant déclaré qu'elle avait été violée non pas par eux mais par son père. Le magistrat chargé d'instruire contre le père commit M. le Dr Vibert et nous pour examiner l'état mental de la jeune fille, jugeant avec raison « qu'il importait de s'assurer par tous les moyens possibles, de la sincérité de son accusation, si nettement mais si tardivement formulée ». Après examen nous déclarâmes qu'Eugénie L..., âgée de dix-sept ans était atteinte depuis l'enfance d'hystérie grave et que la maladie dont elle était affectée était de nature à faire suspecter la sincérité de ses déclarations. La Cour de cassation cassa le premier jugement. Jamet et Léger ramenés de la Nouvelle-Calédonie comparurent aux assises à Rouen et furent acquittés.

Comme celui des hystériques, le témoignage des enfants ne doit être accueilli qu'avec réserves, ainsi que le prouvent des faits rapportés par Motet[1].

RAPPORT 41. — ALIÉNÉ MÉCONNU

Dix internements dans les asiles d'aliénés. — Nombreuses condamnations. — Condamnation à six mois de prison par le Tribunal d'Etampes pour vagabondage et mendicité. — Appel. — Expertise médico-légale. — Irresponsabilité. — Acquittement. — Internement.

A la Conciergerie où il était détenu en attendant sa comparution devant la Chambre des Appels correctionnels, B... a donné des signes de dérangement intellectuel et manifesté une agitation qui ont nécessité son transfèrement à l'infirmerie spéciale de la Préfecture de police puis à Sainte-Anne.

C'est la dixième fois qu'il est interné dans les asiles de la Seine. Tous les médecins qui l'ont examiné successivement, et ils sont nombreux, l'ont déclaré atteint de débilité mentale et d'épilepsie avec troubles mentaux consécutifs aux attaques.

Il n'est pas nécessaire de causer bien longuement avec B... pour se rendre compte en effet que son niveau mental est peu élevé, qu'il est un faible d'esprit. Sans instruction, il ne possède sur toutes choses que des notions très bornées. Sa mémoire est très peu développée. Il me fournit des explications qui peuvent se résumer ainsi : Il est sujet à des attaques de nerfs qui le font renvoyer de partout. L'été il trouve encore à s'occuper au travail des champs, mais l'hiver on ne le garde nulle part. N'ayant pas de ressources, pas de domicile, il est bien obligé de mendier et de vagabonder, et c'est ainsi qu'il a été condamné plusieurs fois par divers Tribunaux de province. En effet, son casier judiciaire contient une dizaine de condamnations presque toutes pour vagabondage. Il arrive à B... ce qui arrive à beaucoup d'épileptiques, c'est qu'à leur première attaque on les renvoie, personne ne se souciant d'avoir le spectacle pénible d'une crise convulsive, et les patrons ne voulant pas garder un ouvrier qui, en raison de sa maladie, peut se blesser facilement.

[1] D. A. Motet. Les faux témoignages des enfants devant la justice. Paris, 1887.

B... n'est pas seulement faible d'esprit et épileptique, il est en outre dominé par des idées de persécution. Il manifeste notamment une animosité morbide contre certains médecins qu'il accuse d'avoir fait de faux certificats contre lui. Il se montre très excité par moments et la nuit son sommeil est agité.

Conclusions. — 1° B... est atteint de débilité mentale et d'épilepsie avec idées de persécution. En raison de son état il est incapable de subvenir à ses besoins par son travail ; il ne saurait donc être considéré comme responsable des délits de vagabondage et de mendicité qui lui sont reprochés.

2° B... a été envoyé par l'autorité administrative à l'asile Sainte-Anne, il y a lieu de l'y tenir enfermé.

B... a été acquitté et maintenu à Sainte-Anne.

IX. — DÉONTOLOGIE MÉDICO-MENTALE

Résumons d'abord les indications données précédemment sur ce sujet.

La loi de 1838 dans son article 41 édicte des peines contre ceux qui contreviennent à ses prescriptions.

L'autorité judiciaire quand elle trouve dans un placement les éléments constitutifs du délit de séquestration peut en poursuivre les auteurs (p. 1387).

Le médecin ou le directeur d'un asile d'aliénés n'est pas responsable des actes commis par un aliéné confié à ses soins (1399).

Le directeur *d'un asile public* n'est pas responsable des actes dommageables commis par les gardiens de l'établissement, au contraire, le directeur d'une *maison de santé particulière* est responsable de son personnel comme un maître de ses domestiques.

Ajoutons qu'un médecin qui, même de bonne foi, a délivré un certificat ayant permis de faire interner un individu non aliéné est civilement responsable de cette séquestration arbitraire. Le docteur X... avait délivré un certificat à fin de placement pour une demoiselle qu'il considérait comme aliénée.

Celle-ci remise en liberté au bout de huit jours par le médecin de l'asile où elle avait été conduite assigna le docteur X... devant le Tribunal civil de Caen en paiement de dommages et intérêts. Le médecin fut mis hors de cause par le Tribunal, mais sur appel la Cour de Caen le condamna à payer 2000 francs à titre de dommages-intérêts considérant qu'il ne saurait échapper à la responsabilité de ses actes d'imprudence, de négligence, de légèreté et de méprise grossière ayant causé à la demoiselle Z... un sérieux préjudice[1].

Arrivons maintenant à l'importante question du secret médical :

Le Code pénal dit :

Article 378. — Les médecins chirurgiens et autres officiers de santé ainsi que les pharmaciens et sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires par état ou profession des secrets qu'on leur confie *qui hors les cas où la loi les oblige à se porter*

[1] *Semaine médicale*, 1901. N° 6.

dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de cent francs à cinq cents francs.

L'aliénation mentale n'est pas un des cas où la loi oblige le médecin à se porter dénonciateur, par conséquent il est tenu aux mêmes obligations à l'égard d'une personne atteinte d'une maladie mentale qu'à l'égard de tout autre malade. Mais, nous dira-t-on : Voici par exemple un homme qui vient vous avouer qu'il a des impulsions homicides, vous l'engagez à entrer dans une maison de santé; il refuse, votre devoir n'est-il pas de le dénoncer, de provoquer contre lui un internement d'office qui le mette dans l'impossibilité d'arriver à l'homicide? A cela nous répondons : Rien ne prouve que le malade cède à ses impulsions; il est des obsédés et des impulsifs qui parviennent à se maîtriser pendant toute leur vie, par conséquent on n'est pas en droit d'affirmer qu'un individu atteint d'impulsions homicides frappera prochainement. En pareil cas le médecin a le devoir d'insister pour le placement, de s'arranger à revoir le malade en présence de sa famille de façon que celle-ci soit au courant de la situation et puisse prendre les mesures qu'elle comporte; il n'a pas le droit de se livrer à une dénonciation, la loi ne l'y autorise pas.

Mais, nous dira-t-on encore, voici un homme atteint de vertiges épileptiques et par malheur il est mécanicien au chemin de fer, un étourdissement sur sa machine et il va faire dérailler le train, causer un épouvantable accident, or il ne veut pas abandonner sa profession, allez-vous permettre qu'il la continue?

D'abord il est peu admissible qu'un homme suffisamment éclairé sur les dangers qu'en raison de sa maladie il fait courir aux autres et court lui-même en conduisant sa locomotive ne consente à prendre du repos au moins pendant quelque temps. Mais admettons qu'il ne veuille rien entendre. La conduite du médecin est alors toute tracée ; il devra s'arranger pour que le malade devant sa famille, un ami, un compagnon de travail, etc., décrive les troubles qu'il ressent; il n'aura alors que quelques mots à insinuer pour que l'entourage comprenne le danger de la situation et prévienne les chefs du mécanicien. Mais le médecin devra se garder d'une dénonciation brutale à la Compagnie, la loi ne le lui permet pas. Si dans cette circonstance il se laissait aller à violer le secret médical il devrait pour être logique agir de même chaque fois que chez des clients exerçant certaines professions, il constaterait le vertige stomachal, la maladie de Ménière, le daltonisme survenu au cours d'une rétinite, l'amblyopie hystérique, l'atrophie papillaire syphilitique, etc., etc. Que resterait-il alors du secret médical.

On pourrait encore nous faire cette objection; mais en matière d'aliénation mentale vous violez tous les jours le secret médical en délivrant des certificats d'internement. Notre réponse sur ce point sera très simple.

Ou bien, et c'est l'exception, l'aliéné vient lui-même demander un certificat et alors le médecin en lui remettant cette pièce dont il reste libre de faire tel usage qu'il lui plaira ne révèle à personne le secret qui lui a été

confié. Ou bien, et c'est le cas habituel, l'aliéné, tel un enfant, est amené par sa famille qui désire le faire examiner parce qu'elle s'est aperçue qu'il donnait des signes de dérangement intellectuel ; le médecin en délivrant un certificat à cette famille ne lui révèle pas un secret, il ne fait pour ainsi dire que préciser, donner un nom à la maladie qu'elle a elle-même constatée ; il lui délivre une pièce indispensable pour obtenir que le malade soit traité dans un établissement approprié comme il remet une ordonnance nécessaire pour avoir des médicaments chez le pharmacien. Au surplus, du moment que la loi de 1838 rend obligatoire le certificat médical pour l'internement des aliénés, un médecin ne saurait manquer à son devoir professionnel en délivrant un tel certificat : l'article du code réglant le secret professionnel ne peut être en opposition avec les prescriptions d'une loi.

L'internement d'un aliéné ne doit être divulgué par aucun des médecins en ayant eu connaissance dans l'exercice de leur profession : ni par le médecin signataire du certificat à fin de placement, ni par le médecin de l'asile, ni par le médecin délégué du Préfet, etc.

Le médecin d'un établissement d'aliénés ne doit le nom de ses pensionnaires ou des renseignements sur leur état mental qu'aux personnnes qui les ont placés et aux personnes désignées par la loi pour la surveillance de ces établissements. Ainsi un directeur d'une maison de santé ayant refusé aux recenseurs le nom de ses malades, se bornant à en indiquer le nombre, fut de ce chef traduit devant le Tribunal de simple police mais renvoyé des fins de la poursuite.

Le docteur A... chargé du contrôle des certificats médicaux à fin d'internement à Marseille déclara un M. D... aliéné et le fit interner. Celui-ci s'évada de l'asile où il avait été placé et intenta une action en divorce à sa femme l'accusant de l'avoir fait séquestrer arbitrairement. Mme D... afin de se disculper ayant fait citer le docteur A..., notre confrère se crut autorisé à indiquer au juge les conclusions de son *certificat administratif*, lequel ayant passé par plusieurs mains ne conservait plus à ses yeux le caractère d'un document secret. Condamné à 2000 francs de dommages et intérêts par le Tribunal de première instance de Marseille, il fit appel et la Cour d'Aix le condamna seulement aux dépens pour tous dommages et intérêts. La Cour comme le Tribunal l'avait déclaré dûment convaincu d'avoir révélé des secrets qu'il ne connaissait qu'en raison de sa profession de médecin [1].

Ces jugements s'expliquent très bien car d'après la jurisprudence de la Cour de Cassation l'obligation de garder le secret professionnel est absolue.

Egide Favreau[2] a cherché à démontrer que « dans nombre de cas, l'aliéniste, dans l'intérêt du malade, ou de la famille ou de la société, non seulement peut, mais même doit violer le secret professionnel en révélant ce qu'il a constaté chez le malade ». Nous déclarons que les faits cités et les arguments mis en avant par Favreau à l'appui de sa manière de voir ne nous ont nullement convaincu.

[1] *Bulletin de la Société de médecine légale de France*, août 1902.

[2] Egide Favreau. Contribution à l'étude du secret professionnel particulièrement en médecine mentale. Thèse de Paris, 1888.

Toulouse a fait en 1902 à la Société de médecine et de chirurgie pratiques de Paris une communication ayant pour titre : *Du rôle du médecin praticien dans l'internement d'un aliéné,* et se terminant par les conclusions suivantes :

1° L'aliénation mentale doit être déclarée à l'autorité par le médecin, tant dans l'intérêt de la surveillance du malade que dans l'intérêt de la société.

2° L'autorité a seule le droit d'imposer un examen médical à un individu atteint d'aliénation mentale.

Dans une séance ultérieure P. Dignat a fait justement observer à Toulouse que sa proposition ne lui paraissait capable d'apporter aucune amélioration à ce qui existe à l'heure actuelle et qu'une telle proposition, si elle était adoptée, constituerait une nouvelle atteinte à la liberté de notre profession.

De Cresantignes prenant la parole après Dignot a adopté la seconde conclusion de Toulouse, mais modifie la première de la façon suivante :

L'aliénation mentale doit être déclarée à l'autorité quand le médecin juge qu'il y va de l'intérêt de la surveillance du malade ou de l'intérêt de la société.

Nous avons dit les raisons qui nous empêchent de considérer la délivrance d'un certificat à fin d'internement comme une violation du secret professionnel ; nous ne voyons aucune raison valable pour obliger le médecin à déclarer à l'autorité les cas d'aliénation mentale ; nous sommes d'avis enfin que l'obligation du secret professionnel est pour les médecins un avantage précieux et que par conséquent loin de demander que cette obligation soit moins stricte, ils doivent veiller avec un soin jaloux à ce qu'elle soit maintenue dans toute sa rigueur, car comme l'a dit très justement Brouardel[1] : *Le secret est absolu ou il n'est pas.*

Cependant en ce qui concerne le secret médico-mental, nous verrions volontiers introduire dans la loi une disposition permettant au médecin de signaler non à un *particulier* ou une *administration* mais à l'*autorité* judiciaire un aliéné faisant courir de graves dangers à la société. Jusqu'à ce que cette disposition soit adoptée le médecin ne saurait, sans manquer à ses devoirs, se faire le dénonciateur d'un aliéné ; il doit obéir à la loi.

Pour clore ce court chapitre de déontologie médico-mentale nous ne croyons pouvoir mieux faire que de reproduire les lignes suivantes par lesquelles se termine le livre de Brouardel sur le secret médical.

« Nous conseillons à tous nos confrères, de se souvenir de la brève formule donnée par M. Bruno-Lacombe : *Nul n'est assez sûr de lui-même pour mettre sa conscience à la place de la loi.* »

[1] P. Brouardel. Le secret médical, 2e édition. Paris. 1893.

[2] Bruno-Lacombe. Le secret professionnel en médecine. Discours prononcé à l'audience solennelle de rentrée de la cour de Bordeaux, le 16 octobre 1885.

APPENDICE

DES ÉTABLISSEMENTS POUR LES ALIÉNÉS

La loi du 30 juin 1838 distingue deux sortes d'établissements pour le traitement des aliénés :

1° Les établissements *publics* placés sous la *direction* de l'autorité publique.

2° Les établissements *privés*, placés sous la *surveillance* de l'autorité publique.

Le traitement des aliénés est un devoir d'*assistance départementale*. Chaque département est tenu d'avoir un établissement réservé à cet usage, soit un asile spécial, soit un quartier d'hospice ou bien de traiter avec un établissement public d'un autre département ou encore avec un établissement privé. Plusieurs départements peuvent s'associer pour la construction d'un établissement d'aliénés.

ASILES PUBLICS

1° *Asiles départementaux.* — Ils dépendent directement des préfets et sont placés sous la haute autorité du ministre de l'Intérieur. Leur budget est voté par le Conseil général du département. Plusieurs aujourd'hui comprennent un pensionnat.

A la tête de chaque asile départemental est placé un médecin directeur; dans les grands asiles, comme ceux de la Seine, les fonctions de directeur et celles de médecin sont séparées et il y a alors, avec un directeur administratif, un ou plusieurs médecins-chefs ayant chacun un service.

Le *médecin-chef* règle le traitement des aliénés, leur régime, rédige seul les certificats exigés par la loi et fait un compte rendu annuel du service médical. Sous son autorité se trouvent :

Un ou plusieurs médecins adjoints chargés de le seconder ou de le remplacer.

Un ou plusieurs internes chargés des détails du service médical.

Les médecins adjoints sont recrutés à l'aide d'un concours et c'est parmi eux que sont pris les médecins directeurs et les médecins-chefs.

Dans les grands centres, Paris, Lyon, etc., les internes sont nommés au concours; ailleurs ils sont choisis par le médecin-chef.

Le *directeur* ne remplissant pas en même temps les fonctions de médecin en chef est nommé par le ministre de l'Intérieur, aucune condition n'est exigée pour obtenir ces fonctions, le ministre est libre de choisir qui bon lui semble. Il est chargé de l'administration de l'établissement et de la gestion de ses biens et revenus; il fait tenir les registres prescrits par la loi, prépare les budgets, vérifie la caisse, en un mot s'occupe de la direction et de la police de l'établissement.

Il a sous ses ordres :

Le *receveur* soumis aux dispositions des lois relatives aux comptables publics.

L'*économe* chargé de la réception et de la distribution des fournitures, de la garde des magasins, de l'entretien du mobilier. Comme le receveur, il est soumis aux lois relatives aux comptables publics.

Les *employés subalternes :* employés des bureaux, garde-magasin, cuisinier, concierge, etc., etc.

Dans quelques asiles des plus importants il y a un *pharmacien* avec parfois un ou plusieurs internes en pharmacie ; dans beaucoup d'établissements ce sont encore les sœurs hospitalières qui sont chargées de la pharmacie.

Chaque asile départemental est pourvu d'une *commission de surveillance* nommée par le préfet dont le rôle est purement consultatif; elle donne son avis sur le régime, le budget, les comptes, etc. Chaque année elle désigne un de ses membres pour remplir les fonctions d'administrateur provisoire. Le médecin en chef et le directeur assistent à ses réunions mais leur voix est purement consultative.

Dans la Seine il n'existe qu'une seule et même Commission de surveillance pour les divers asiles.

2° *Quartiers d'hospice.* — Ils sont dirigés par la Commission administrative de l'hospice qui conserve sur eux les mêmes pouvoirs que sur le reste de l'établissement. Cette Commission nomme avec l'approbation du préfet un préposé responsable qui remplit à peu près les mêmes fonctions que le directeur administratif des asiles départementaux.

Les médecins des quartiers d'hospice sont nommés par la Commission administrative de l'hospice. Leur nomination est soumise à l'approbation du préfet. Les médecins des quartiers d'hospice sont à poste fixe contrairement aux médecins des asiles départementaux qui peuvent aller d'un de ces établissements dans un autre.

Les médecins des quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière à Paris sont recrutés par un concours spécial.

3° *Maison Nationale de Charenton* (*à Saint-Maurice, Seine*). — Cet établissement, propriété de l'Etat, dont la création remonte à 1645, est placé

sous l'autorité immédiate du ministre de l'Intérieur. Il reçoit des aliénés des deux sexes dont les uns jouissent de bourses de l'État (fonctionnaires civils, officiers) et dont les autres payent pension. Le placement est volontaire ou d'office comme dans tous les établissements d'aliénés.

Deux médecins sont à la tête l'un du service des femmes l'autre du service des hommes; les médecins actuellement en fonctions ont été nommés en 1879 à la suite d'un concours sur titre.

Un directeur nommé par le ministre de l'Intérieur est chargé de l'administration intérieure, de la gestions des biens et revenus de l'établissement. A côté se trouve une Commission consultative composée de quatre membres nommés par le ministre.

4° *Colonies familiales.* — Le département de la Seine dans le but de désencombrer ses asiles a créé à l'instar de Ghéel deux colonies familiales pour les déments et les aliénés chroniques calmes. L'une située à Dun-sur-Auron (Cher) est affectée aux hommes; l'autre située à Ainay-le-Château (Allier) est réservée aux femmes.

Les malades sont placés chez les habitants qui ont obtenu leur inscription sur le registre de la Mairie. Cette inscription n'est accordée qu'à ceux qui offrent des garanties de moralité et disposent de locaux propres, spacieux, salubres et aérés.

Dans chacune des deux colonies existe une Infirmerie centrale pour les maladies intercurrentes. Quand l'état mental des colons s'aggrave et rend impossible leur séjour chez l'habitant, on les dirige sur l'asile le plus voisin, celui de Beauregard à Bourges avec lequel le département de la Seine a passé un traité.

A la tête de chaque colonie est placé un médecin-directeur assisté d'un médecin adjoint.

La colonie de Dun a été ouverte en 1891. Jusqu'en 1900 elle a été dirigée par le D[r] Armand Marie qui a été ainsi l'organisateur de la colonisation familiale en France. Ainay d'abord annexe de la colonie de Dun est devenu colonie autonome depuis 1900.

5° *Asile-prison de Gaillon* (*Eure*). — Nous en avons parlé à propos des aliénés dits criminels. Depuis le 1[er] janvier 1903 par décision du ministre de l'Intérieur le quartier spécial d'aliénés et épileptiques a cessé de faire partie des services de l'administration pénitentiaire, pour dépendre des services de l'assistance et de l'hygiène publiques.

ASILES PRIVÉS

Les règles relatives au fonctionnement des asiles privés se trouvent dans les articles 3, 5, 6 de la loi de 1838 et dans l'Ordonnance de 1839.

Les asiles privés sont placés sous la surveillance de l'autorité. Aucun éta-

blissement ne peut être créé sans l'autorisation du gouvernement. Cette autorisation est personnelle à la personne qui veut fonder l'asile.

A. Asiles privés faisant fonctions d'asiles publics.

Ils appartiennent à des particuliers (généralement une congrégation religieuse) avec lesquels traitent les départements qui n'ont pas d'asile. Les médecins sont choisis par les propriétaires de l'établissement et doivent être agréés par le préfet.

B. Maisons de santé particulières.

Destinées aux aliénés ayant de la fortune; elles sont la propriété des particuliers, le plus souvent de médecins.

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS POUR LES ALIÉNÉS

1° Asiles publics départementaux

Noms des départements	Noms des établissements et localités où ils sont situés
Aisne	Prémontré.
Allier	Sainte-Catherine d'Yzeure, près Moulins.
Ariège	Saint-Lizier.
Aveyron	Rodez.
Bouches-du-Rhône	Saint-Pierre, à Marseille. Aix[1].
Charente	Breuty-la-Couronne, près Angoulême.
Charente-Inférieure	Lafond, près La Rochelle.
Cher	Beauregard à Bourges.
Côte-d'Or	Dijon.
Eure	Navarre, près Evreux.
Eure-et-Loir	Bonneval.
Finistère	Saint-Athanase, près Quimper.
Garonne (Haute-)	Braqueville, près Toulouse.
Gers	Auch.
Gironde	Château-Picon, à Bordeaux. Cadillac.
Ille-et-Vilaine	Saint-Méen, près Rennes.
Isère	Saint-Robert, près Grenoble.
Jura	Saint-Ylie, près Dôle.
Loir-et-Cher	Blois.
Lozère	Saint-Alban.
Maine-et-Loire	Sainte-Gemmes, près Angers.
Marne	Châlons.

[1] L'asile d'Aix reçoit les aliénés de l'Algérie.

Marne (Haute-)	Saint-Dizier.
Mayenne	La Roche-Gandon.
Meurthe-et-Moselle	Maréville, près Nancy.
Meuse	Fains, près Bar-le-Duc.
Morbihan	Lesvellec-près-Vannes.
Nièvre	La Charité.
Nord	Armentières, hommes. Bailleul, femmes.
Oise	Clermont.
Orne	Alençon.
Pas-de-Calais	Saint-Venant.
Pyrénées (Basses-)	Saint-Luc, à Pau.
Rhône	Bron, près Lyon.
Sarthe	Le Mans.
Savoie	Bassens.
Seine	Sainte-Anne (Paris). Ville-Evrard, à Neuilly-s.-Marne (Seine-et-Oise). Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). Vaucluse, à Épinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). Villejuif (dans la commune de ce nom).
Seine-Inférieure	Quatre-Mares (Sotteville-lès-Rouen) — hommes. Saint-Yon (Sotteville-lès-Rouen) — femmes.
Somme	Dury-les-Amiens.
Var	Pierrefeu.
Vaucluse	Montdevergues, près Avignon.
Vendée	La Roche-sur-Yon.
Vienne (Haute-)	Naugeat, à Limoges.
Yonne	Auxerre.

2° Quartiers d'hospice

Cantal	Aurillac.
Côtes-du-Nord	Saint-Brieuc.
Deux-Sèvres	La Providence, à Niort.
Doubs	Besançon.
Finistère	Morlaix.
Hérault	Montpellier.
Indre-et-Loire	Tours.
Loire-Inférieure	Saint-Jacques à Nantes.
Loiret	Orléans.
Lot-et-Garonne	Agen.
Seine	Salpêtrière, femmes. Paris, Bicêtre, hommes, près Paris.

Seine-Inférieure	Dieppe. Le Havre.
Tarn-et-Garonne	Montauban.
Vienne	Poitiers.

3° Asiles privés faisant fonctions d'asiles publics

Ain	Sainte-Madeleine, à Bourg. Saint-Georges, près Bourg.
Alpes-Maritimes	Saint-Pons-Nice.
Ardèche	Privas.
Aude	Limoux.
Calvados	Le Bon-Sauveur, à Caen.
Corrèze	La Cellette.
Côtes-du-Nord	Bégard. Lehon, près Dinan.
Haute-Loire	Le Puy.
Lot	Leyme.
Manche	Pont-l'Abbé-Picauville. Pontorson. Saint-Lô.
Nord	Lommelet, près Lille.
Puy-de-Dôme	Clermont-Ferrand.
Rhône	Saint-Jean-de-Dieu (Lyon).
Tarn	Albi.

4° Maisons de santé particulières

Maisons pour les maladies mentales.

Bouches-du-Rhône	Sainte-Marthe, à Marseille. Saint-Paul, à Saint-Rémy, près Marseille. Le Canet, à Marseille.
Dordogne	La Force.
Drôme	Asile d'épileptiques de la Teppe, à Tain.
Haute-Garonne	Maison du D[r] Parant, à Toulouse.
Gironde	Le Castel d'Andorte, au Bouscat.
Hérault	Maison Bech, à Pont-Saint-Côme, banlieue de Montpellier.
Jura	Les Capucins, à Dôle.
Loire-Inférieure	Maison Fortineau, à Nantes.
Meurthe-et-Moselle	La Malgrange, à Jarville. Saint-François, à Saint-Nicolas-du-Port.
Rhône	Maison Champvert, à Lyon. Saint-Joseph, à Vaugneray, près Lyon. Saint-Vincent-de-Paul, à Lyon. Maison du Verbe-Incarné, à Villeurbanne.

Seine	Maison de Picpus, Paris. Maison Reboul-Richebraques, Paris. Maison du Dr Motet, Paris. Maison du Dr Blanche, à Passy. Maison d'Epinay-sur-Seine. Château St-James, à Neuilly-sur-Seine. Château de Suresnes, à Suresnes. Maison Esquirol, à Ivry. Ancienne maison Brierre de Boismont, à Saint-Mandé. Maison Rivet-Brière de Boismont, à Saint-Mandé. Château de Fontenay-sous-Bois. Villa Penthièvre, à Sceaux. Maison Falret, à Vanves.
Vosges	Pensionnat de Mattaincourt, près Mirecourt.

Maisons pour le traitement de la morphinomanie.

Sanatorium de Boulogne-sur-Seine.
Villa Montsouris, Paris.

Maisons pour les enfants anormaux.

Institut médico-pédagogique, à Vitry (Seine).
Institution des enfants arriérés, à Eaubonne (Seine-et-Oise).
Sanatorium pour enfants arriérés, à Doulon-les-Nantes (Loire-Inférieure).


Légende
Asiles publics
Quartiers d'hospices
Asiles privés faisant fonction d'asiles publics
NORD
PAS DE CALAIS
SOMME
SEINE INFre
AISNE
OISE
ARDENNES
MANCHE
CALVADOS
EURE
Seine
PARIS
SEINE
SEINE-ET-MARNE
MARNE
MEUSE
MOSELLE
FINISTERE
COTES-DU-NORD
ORNE
EURE-ET-LOIRE
ET-OISE
AUBE
ILLE-ET-VILAINE
MAYENNE
MORBIHAN
SARTHE
LOIRET
YONNE
Hte MARNE
VOSGES
Ht RHIN
Hte SAONE
LOIRE-INFre
INDRE-ET-LOIRE
LOIR-ET-CHER
Loire
MAINE ET LOIRE
CHER
NIEVRE
COTE-D'OR
DOUBS
INDRE
DEUX SEVRES
VENDEE
VIENNE
ALLIER
SAONE ET LOIRE
JURA
CHARENTE INFre
CHARENTE
Hte VIENNE
CREUSE
RHONE
AIN
Hte SAVOIE
PUY-DE-DOME
LOIRE
CORREZE
SAVOIE
DORDOGNE
CANTAL
Hte-LOIRE
ISERE
Htes ALPES
GIRONDE
LOT
LOZERE
ARDECHE
DROME
LOT ET GARONNE
Bses ALPES
LANDES
TARN ET GARONNE
AVEYRON
GARD
ALPES-MARes
VAUCLUSE
TARN
GERS
HERAULT
Bches-DU-RHONE
HAUTE-GARONNE
VAR
Bses PYRENEES
Htes PYRENEES
AUDE
ARIEGE
PYRENEES Oles
Rhône
Fl.

TABLE DES MATIÈRES

LIVRE II

SYNDROMES MENTAUX

LIVRE III

TROUBLES MENTAUX DANS LES INTOXICATIONS ET LES INFECTIONS

PREMIÈRE PARTIE

DEUXIÈME PARTIE

TROISIÈME PARTIE

LIVRE IV

PSYCHOSES CONSTITUTIONNELLES

PREMIÈRE PARTIE

DEUXIÈME PARTIE

TROISIÈME PARTIE

LIVRE V

LES NÉVROSES ENVISAGÉES AU POINT DE VUE DES TROUBLES MENTAUX QU'ON Y OBSERVE

LIVRE VI

PSYCHOPATHIES ORGANIQUES

LIVRE VII

TROUBLES MENTAUX DANS LES LÉSIONS CÉRÉBRALES CONGÉNITALES OU INFANTILES

LIVRE VIII

TROUBLES MENTAUX CONGÉNITAUX OU ACQUIS DANS LES LÉSIONS DU CORPS THYROIDE

LIVRE IX

NOTIONS GÉNÉRALES SUR LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS MENTALES

LIVRE X

LA PATHOLOGIE MENTALE AU POINT DE VUE ADMINISTRATIF ET JUDICIAIRE

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY